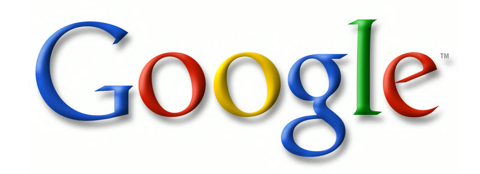
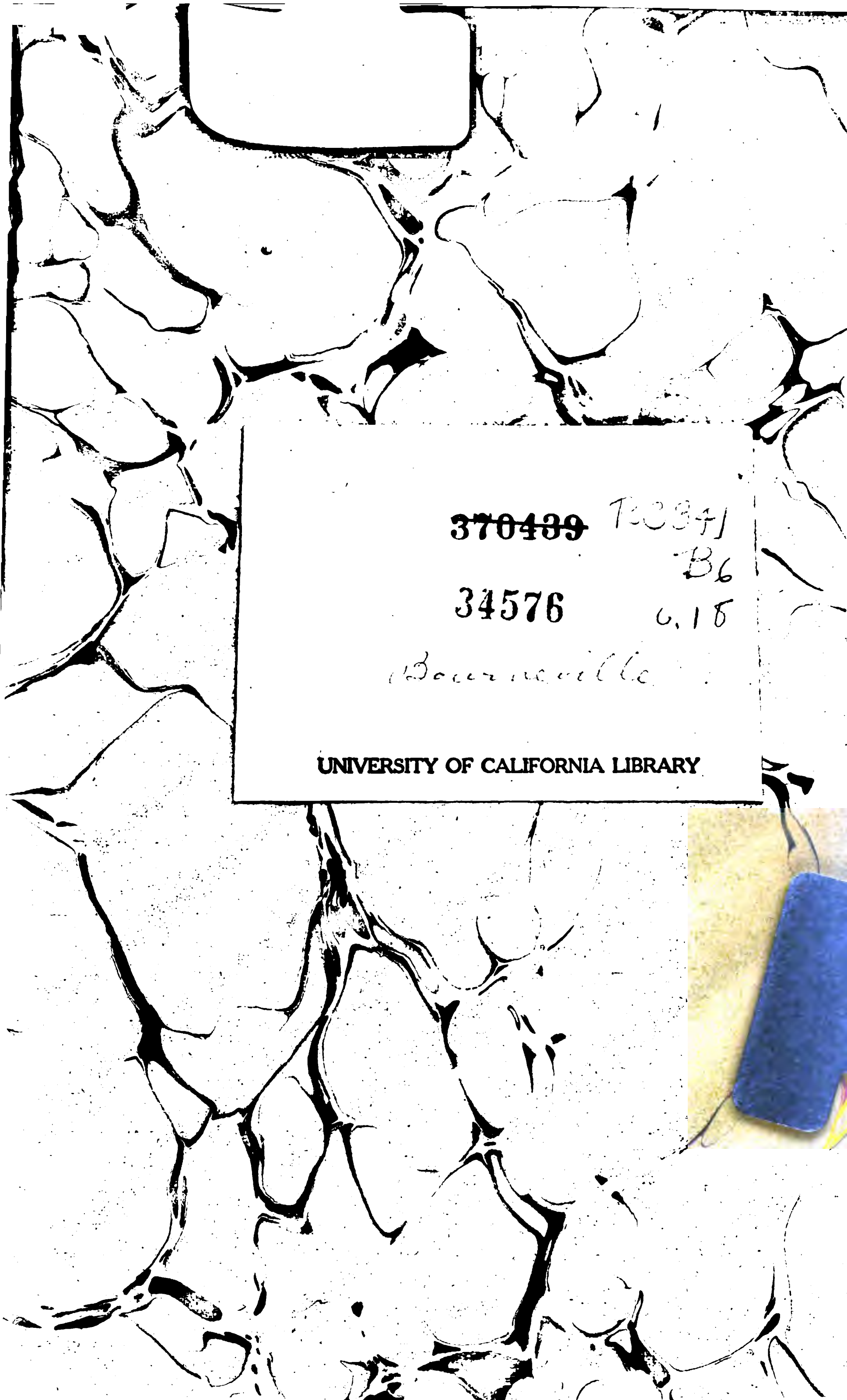
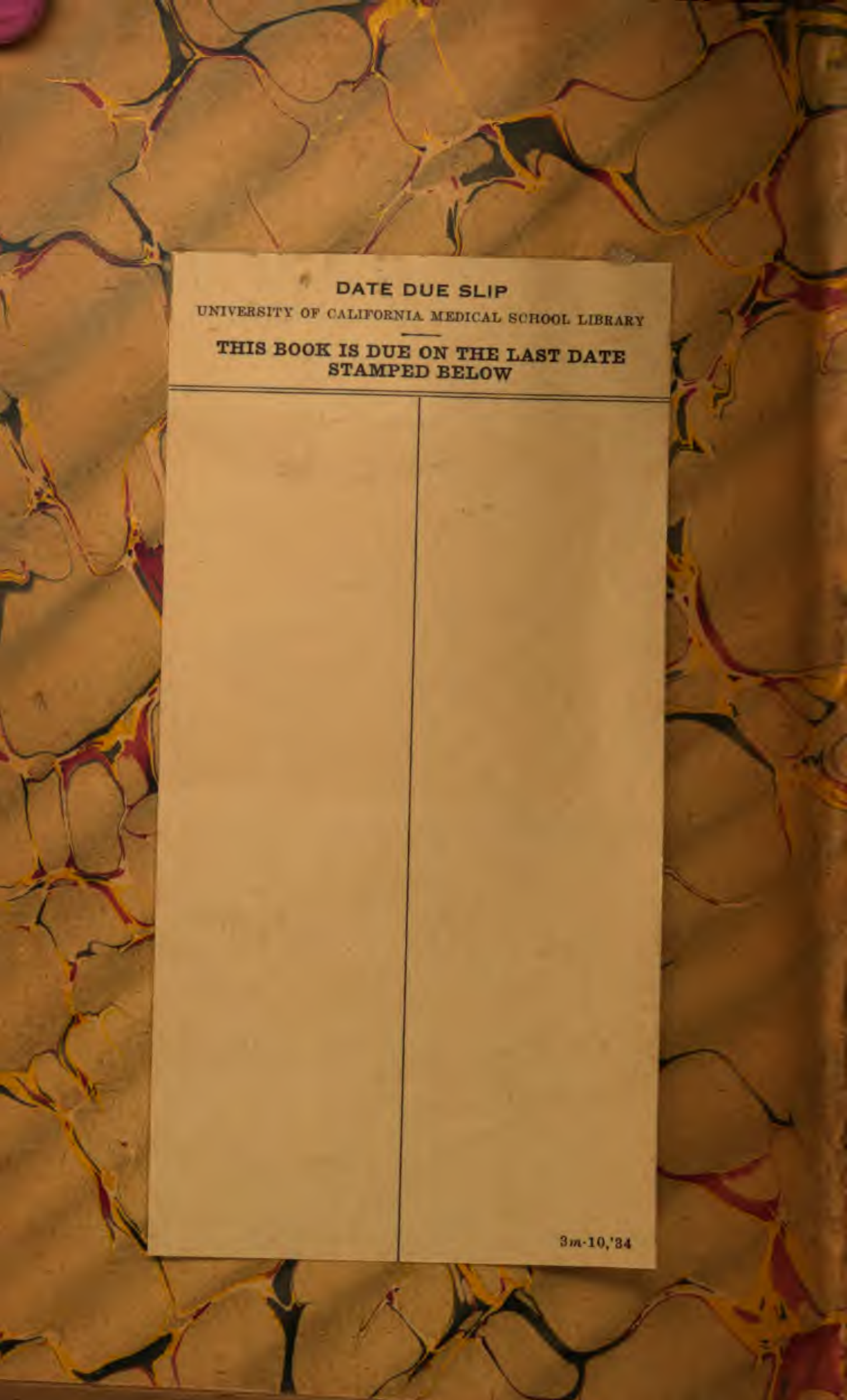
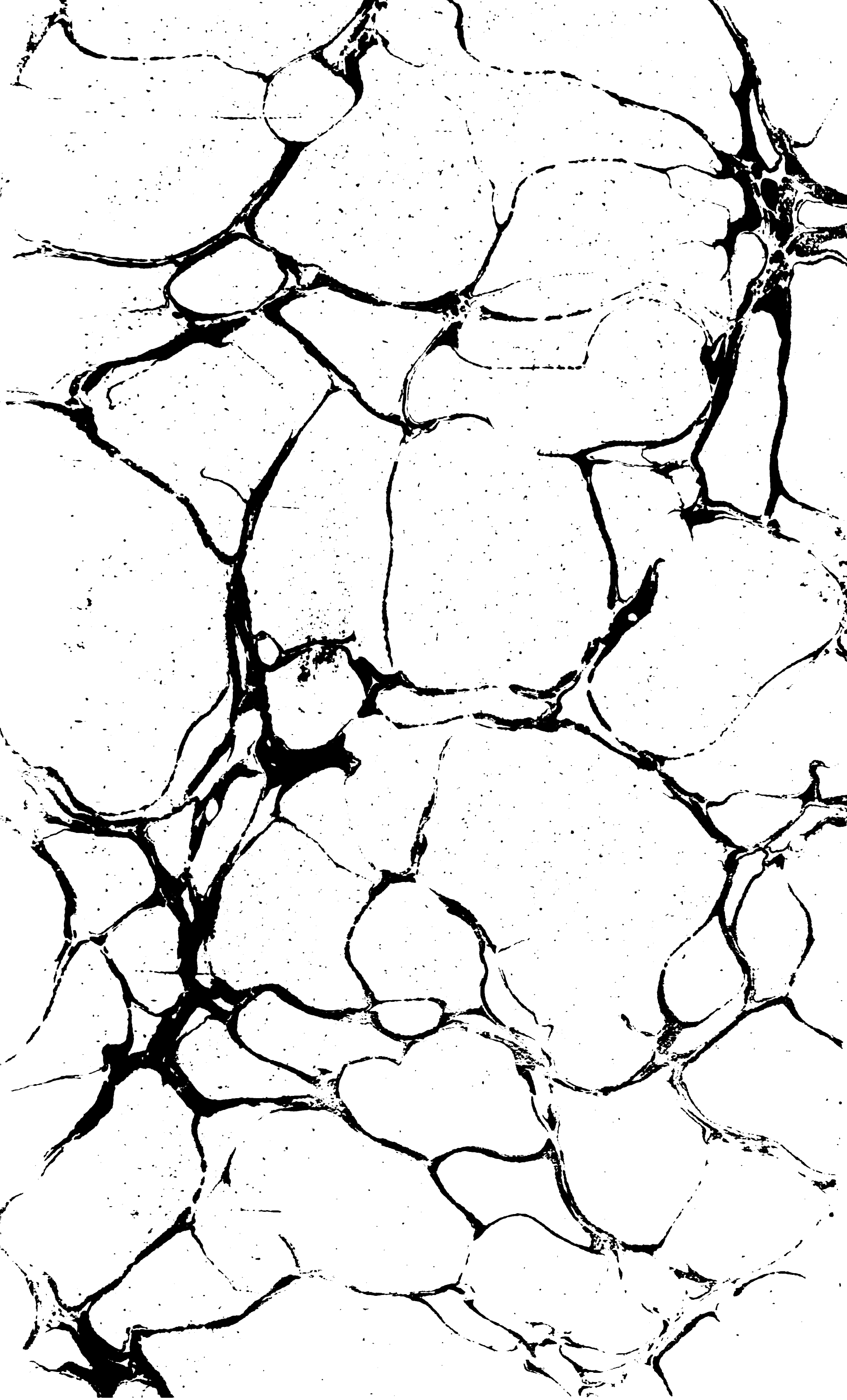




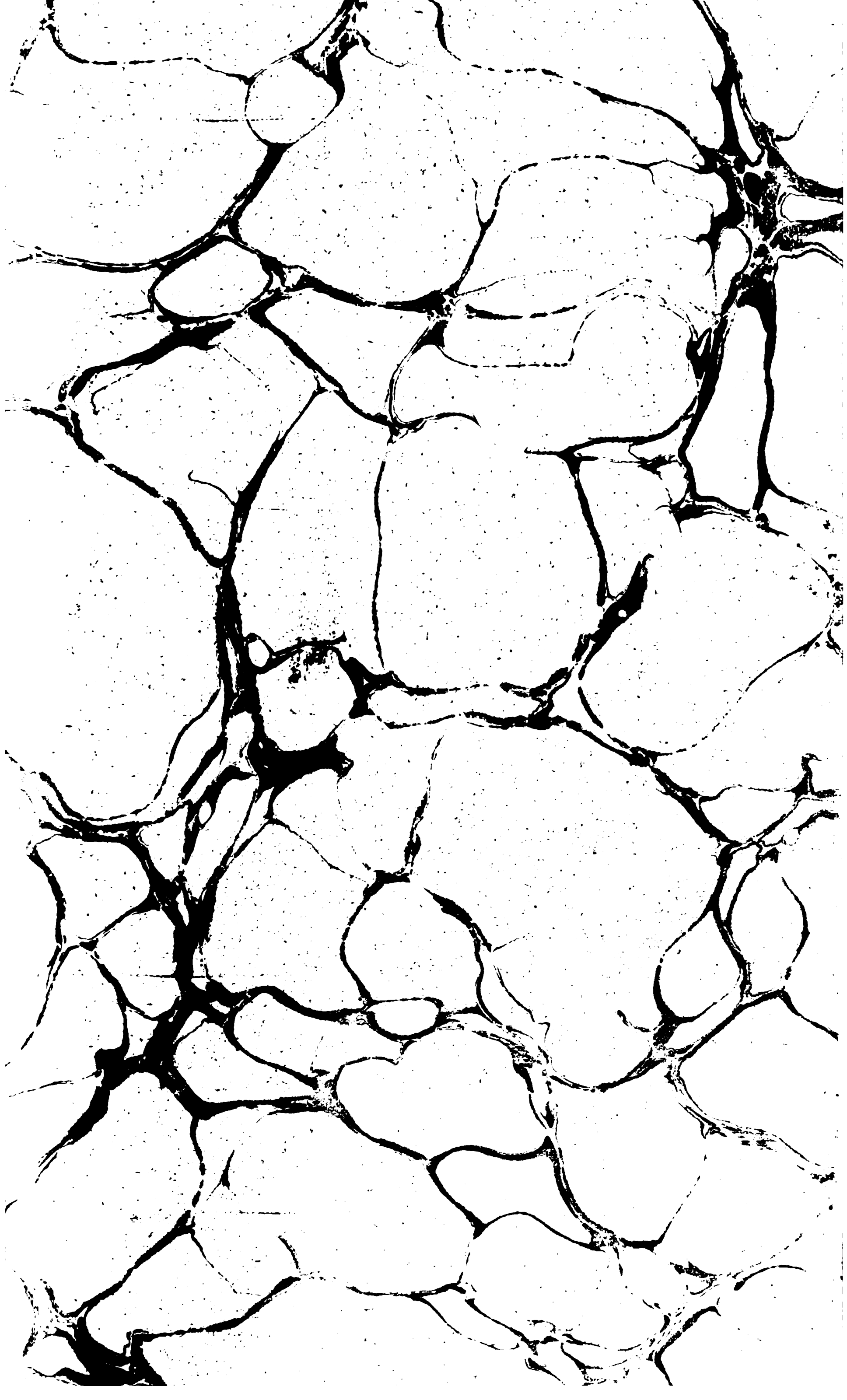

DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW
3m-10,'34

N° 49. — Imp. des Enfants de Bicêtre. — 500 ex.


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS




SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1897

PAR

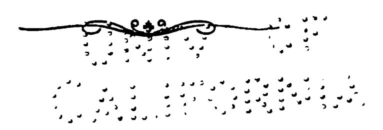
BOURNEVILLE

Avec la collaboration de

MM. DARDEL, JACOMET, METTETAL, NOIR (J.),
PHILIPPE, RELLAY,
SCHWARTZ, TISSIER ET WUILLAMIER

Volume XVIII

Avec 18 figures dans le texte et 20 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, Rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard Saint-Germain, 108.

1898

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire du Service pendant l'année 1897.

(Bicêtre et Fondation Vallée.)

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre.**

Histoire du service pendant l'annéé 1897.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Les enfants de la 4e section du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre sont répartis en trois groupes : 1° Les enfants *idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais *invalides ;* 2° les *enfants idiots gâteux* ou *non*, mais *valides ;* — 3° les *enfants propres, valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

I. *Enfants idiots gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des enfants *idiots complets*, ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement mais à tort, comme tout à fait *incurables*. En effet, la plupart d'entre eux sont susceptibles d'amélioration, même à un degré très-notable : l'observation de Dup... (p. 163 à 181) en est la preuve. On leur apprend à *se tenir debout* à l'aide de *barres parallèles* (1), à marcher soit en les tenant

sous les bras, soit à l'aide du *chariot ;* on fortifie leurs membres en exerçant successivement chaque jour et à plusieurs reprises toutes les articulations *(exercices des jointures),* en leur faisant des *frictions stimulantes,* etc. En 1897, 4 enfants ont appris à marcher (2) ; 6 ont été rendus propres (3) ; 4 ont appris à manger seuls (4).

Ces résultats, que nous mentionnons tous les ans, exigent une grande patience, un réel dévouement de la part du personnel, la suppléante, Mme Malençon, et ses infirmières. Chaque enfant rendu propre, c'est une économie réalisée pour l'Administration, un enfant relevé ; chaque enfant auquel on a appris à manger exige moins de temps, moins de travail et cette connaissance montre que la main est devenue moins idiote, s'est perfectionnée, que la *préhension* s'opère.

Dès qu'un enfant *marche* sans aide, il est envoyé à la *petite école*, d'abord le matin, puis toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur les petits *fauteuils* spéciaux que nous avons décrits à l'usage des gâteux. (1887, p. v.)

La seconde catégorie comprend les *idiots* absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et les *épileptiques* devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent ; ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et devraient former un groupe spécial. Aussi essayons-nous de faire aménager pour eux l'un des sous-sols encore disponibles où ils seront réunis et surveillés durant le jour. Cette installation, qui est en train

(1) Voir *Compte-rendu* de 1887, *fig.* 1, p. II.
(2) Gudef.., Pell.., Pat.., Mer...
(3) Pla.., Dub.., Deman.., Imb.., Fal.., Bouf...
(4) Gud.., Pell.., Dub.., Pin...

depuis trois ans et qui va être achevée prochainement, nous servira également pour d'autres enfants, qui nous arrivent *tardivement*, à 14, 15 et 16 ans, dont l'incurabilité est reconnue et que nous sommes obligé, aujourd'hui, de maintenir dans les écoles où ils sont une occasion de trouble et qu'ils contribuent à encombrer sans aucun bénéfice pour eux.

II. *Enfants idiots, gâteux* ou *non gâteux, épileptiques* ou *non* mais VALIDES *(Petite école)*. — Ces enfants fréquentent la petite école confiée exclusivement à des femmes, sous la conduite de M[elles] Blanche AGNUS et Amandine BOHAIN. Dans le courant de l'année, 187 y ont été inscrits. Sur ce nombre 10 sont décédés, 8 sont sortis définitivement, 2 sont passés à la grande école, 2 ont été envoyés dans les sections affectés aux adultes et 6 ont été transférés.

Sur 159 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1897, 3 ne mangent pas seuls, 80 ne se servent que de la cuiller, 46 de la cuiller et de la fourchette ; 30 se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 8 enfants de ce groupe sont devenus propres (1). Tous ces enfants sont exercés à la gymnastique Pichery, sauf ceux qui, venus du groupe des invalides étant encore trop infirmes, n'ont pu y prendre part (1888, p. IX). 4 de ces enfants ont appris à lire.

20 enfants de la *petite école* et de la *petite école complémentaire* ont fait régulièrement les exercices de la *grande gymnastique*. — 20 enfants ont travaillé cette année dans les différents ateliers : tailleurs, cordonniers, vanniers, menuisiers, serruriers.

La *petite école* comprend 1° le *traitement du gâtisme* qui consiste à placer, après chaque repas les

(1) Salab..., Leyr..., Prov..., Lesu..., Leg... Har..., L,am..., et Desbar...
(2) Ca..., Leque... Mileht..., Mass..., et Dupom... (Ce dernier est aveugle)
(3) Hazel..., Bezo..., Schwart... et Largill...

enfants gâteux sur les sièges d'aisance que nous avons décrits dans l'un de nos *compte-rendus* précédents (1), — 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains et à s'habiller; — 3° les exercices pour l'*éducation de la main*, des *sens*, de la *parole*; — 4° les *leçons* de la *petite gymnastique*; — 6° les *leçons de choses* avec les boîtes contenant les légumes frais ou secs, les fruits, les fleurs, etc.; enfin les exercices élémentaires relatifs à l'*enseignement primaire*, tous procédés dont nous avons si souvent parlé dans nos *Compte-rendus* de 1880 à 1896.

Petite école complémentaire. — Elle est confiée à une femme dévouée, Mme BONNET, qui s'est mise généreusement à notre disposition. Elle est aidée par une suppléante, Mme CORDONNIER, qui a également la surveillance des deux dortoirs où couchent les enfants de cette école, au nombre de 50. Mme Bonnet a, en outre, pour surveiller les enfants deux infirmières et deux jeunes malades arriérées de la Fondation Vallée, Briss... et Péchen... dont elle améliore d'ailleurs l'instruction.

Trois enfants ont été rendus propres :

1° Cour... (Georges), 8 ans à son entrée, il y a deux ans, urinait fréquemment sous lui. Il était sournois et très violent envers ses camarades, témoignait une peur excessive des voitures, du chemin de fer et par dessus tout de l'eau, poussant des cris perçants et se débattant à en perdre haleine lorsqu'il s'agissait de prendre un bain. Aujourd'hui, il est devenu tout à fait propre il s'habille seul et se lave les mains. Son état nerveux s'est aussi sensiblement amélioré: il ne témoigne plus les mêmes appréhensions, prend des bains et des douches avec plaisir. Le caractère a également gagné en devenant plus démonstratif et moins sournois. Enfin l'attention, qui était nulle au début est plus soutenue.

(1) Le matin, au lever, le soir au coucher, les enfants gâteux sont placés sur les sièges installés pour ce but dans leurs dortoirs.

Cet enfant, qui ne connaissait pas ses lettres, a réalisé de sensibles progrès pour la lecture, passe au deuxième livret du syllabaire Régimbaud.

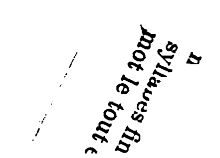
2° Mugn.. (René) à son arrivèe, il y a un an et demi, *gâtait* jour et nuit, s'habillait très imparfaitement, ne savait ni nouer ni boutonner. Il est devenu absolument propre le jour, urine encore, mais rarement au lit la nuit. Il s'habille complétement seul, se lave les mains, sait aujourd'hui lacer, nouer et boutonner. Très paresseux au début, dormant presque continuellement en classe, cet enfant a fini par prendre goût à l'étude et a réalisé de sensibles progrès.

3° Cott.., (Henri), pris à son arrivée, il y a un an, gâtait jour et nuit, ne savait ni s'habiller, ni se déshabiller, ne jouait jamais avec ses camarades, semblait avoir une répulsion marquée pour tout mouvement et qui, d'apparence chétive, dormait presque toute la journée, est devenu complètement propre le jour, ne gâtant que très-rarement la nuit. Cet enfant exprime ses besoins, s'habille presque seul, a appris à nouer, boutonner. Il connaît les couleurs, les surfaces, et commence à s'intéresser à ce qui se fait en classe; il connaît les chiffres, compte de petites quantités. Il vient avec empressement demander à travailler.

9 enfants ont été améliorés pour la *parole :*

1° Bea... (Charles) dont la parole, il y a deux ans, était absolument nulle à son arrivée, n'arrivait à articuler qu'avec de réels efforts et en projetant sa salive, aussi son vocabulaire était-il très-restreint et la parole absolument inintelligible. Aujourd'hui la parole est beaucoup plus facile, il dit tout plus ou moins distinctement, mieux chaque jour. Le défaut le plus marquant dans son articulation consiste dans une reprise de respiration beaucoup trop fréquente : l'enfant ne sait pas ménager son souffle et le conserver afin d'obtenir une plus longue émission; nous ne sommes pas encore arrivées à corriger cette défectuosité malgré de fréquents exercices forçant l'enfant à soutenir un son le plus longtemps possible. Il écoute avec attention les leçons orales et répond avec à propos aux questions qui lui sont posées. Progrès très-sensibles pour la lecture à laquelle il a pris goût depuis peu de temps.

2° Bobl.. (Maurice), demi-sourd, qui, à son arrivée, il y a 5



ans, n'entendait que les sons, ne comprenait le sens d'aucun mot, continue à améliorer beaucoup son articulation. — Son travail en classe est soutenu, et, à l'*atelier de menuiserie* où il va chaque jour, il se montre d'une véritable habileté.

3° Cam... (Fernand), 10 ans, esprit très-borné et paresseux, ne disant que la dernière syllabe de quelques mots, prononce maintenant des mots de plusieurs syllabes et commence à faire de petites phrases. Cet enfant devient affectueux, démonstratif ; mais ses caresses ont un caractère tout particulier : il vient se frotter contre nous et ainsi qu'un mouton ou une chèvre donne des coups de tête (indice chez lui d'une grande satisfaction).

4° Charm... (Victor), 8 ans, qui, à son entrée, il y a 6 ans, *ne marchait pas, ne parlait pas, ne cherchant même pas à se faire comprendre*, présentait tous les symptômes de l'idiotie complète. Cet enfant a commencé à parler en 1893 ; depuis cette époque, les progrès, pour la parole, ont été très-lents, mais sans arrêt. L'articulation devient chaque jour de plus en plus nette. Toutes les voyelles et consonnes, diphtongues ou autres, sont maintenant parfaitement prononcées, seules ou dans le corps des mots ; cependant la parole laisse encore à désirer dans l'ensemble, l'enfant ne fait pas sonner les syllabes finales muettes, par exemple prononce : *Mada* pour *madame*, *por* pour *porte*. Il est arrivé avec une très-grande difficulté, à lacer, nouer, boutonner.

5° Guim... (Henri), 16 ans, très-violent lorsqu'il nous fut confié, n'a plus du tout d'accès de colère ; il est devenu docile et prévenant, montre de la bonne volonté et a fait des progrès en lecture et en écriture. — L'articulation s'améliore très-lentement, non pas tant à cause de la difficulté, que par suite de l'habitude ; la prononciation défectueuse n'a pas été corrigée au début et maintenant elle semble enracinée.

6° et 7° Lem... et Sterl..., tous deux atteints d'idiotie avec turbulence, continuent à s'améliorer d'une facon remarqu

(Jules), 12 ans : l'articulation il y a deux ans était
fectueuses : le *ch* était transformé en *se* ; les *l*
aient supprimées ; le *tr* était prononcé *er* ; les
s muettes étaient également supprimées, en un
emble formait un langage presque inintelligi-

ble. Aujourd'hui la parole est plus nette; les défauts signalés ci-dessus ont disparu après de nombreux exercices d'articulation auxquels l'enfant était loin de se prêter de bonne grâce. Il ne parlait et ne travaillait que contraint et forcé, avait de brusques mouvements de mauvaise humeur et boudait des heures entières, se renfermant dans un mutisme presque impossible à vaincre. Actuellement il accourt au devant de nous, vient de lui-même demander à lire, écrire, et reste docilement à sa place tant que dure la classe.

9° Thier... (Paul), sourd-muet renvoyé de l'école d'Asnières; cet enfant continue à s'améliorer; son vocabulaire s'étend tous les jours; avec la connaisance d'un plus grand nombre de mots, l'esprit s'éveille et devient plus curieux; il ne se passe pas de jour que cet enfant ne vienne demander le nom d'un objet ou d'un aliment nouveau pour lui. Cet élève commence à avoir quelques notions sur le genre et le nombre, comprend quelques exercices de grammaire, fait chaque jour une dictée lue sur les lèvres. Il a été envoyé à l'atelier des tailleurs où son patron en est satisfait.

Deux enfants ont appris à *lire* couramment :

1° Boo... (Louis), nature apathique, esprit très fermé, ne savait qu'épeler les syllabes décomposables il y a deux ans: aujourd'hui, bien que la mémoire soit très-mauvaise, l'enfant lit couramment.

2° Selé... (Pierre), 11 ans, pris à son arrivée il y a un an et demi n'avait aucune notion classique. Aujourd'hui il lit couramment, répond bien aux leçons orales. Comprend et fait de petits exercices de grammaire, ainsi que l'addition.

Chez tous les élèves de cette école, signalés l'année dernière comme lisant couramment, l'intelligence continue à s'éveiller sensiblement. En même temps, on a pu faire germer chez quelques-uns d'entre eux des notions de morale. Actuellement il y a dans la classe de Mme BONNET, une vingtaine d'enfants, qui, pris à leur arrivée, ne savaient absolument rien et qui maintenant font tous les devoirs donnés journellement dans les écoles d'enfants normaux.

C'est surtout, en mettant en relief les résultats obtenus par eux, et par ceux de la petite école, qu'il est possible, comme nous le disions dans notre *Compte-rendu* de l'année dernière, de montrer aux plus sceptiques la possibilité de transformer intellectuellement des enfants réputés idiots.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés instables pervers, épileptiques et hystériques ou non* (GRANDE ÉCOLE). — La population de cette école était de 183 enfants au premier janvier. Tous, sauf 7 qui ne peuvent travailler, ont fréquenté les ateliers par grande série. 25 ayant le certificat d'études, forment une division supérieure, ne vont à l'école qu'une demi-journée par semaine et restent, les autres jours, le matin et le soir, à l'atelier. Les autres enfants sont répartis en quatre classes. (68, 44, 36, 35 enfants). Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif, au mois d'avril, nous n'avons eu malheureusement, en 1897, aucun candidat à présenter (1).

Cette année encore, nos instituteurs et leur aides, ainsi que les sous-employées attachées aux écoles, afin d'être mieux en mesure d'améliorer la prononciation des enfants et de développer leur parole, ont été envoyés successivement, par séries, au nombre d'une vingtaine, à l'*Institution nationale des sourds-muets*. Nous profitons de l'occasion pour remercier M. DEBAS, directeur, et M. DUBRANLE, censeur, du concours qu'ils veulent bien nous prêter chaque année.

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait par M. SUTTER depuis le 1er janvier 1895. Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfants. Il a réparti ceux de la

(1) A cet examen 9 infirmiers et 3 infirmières de l'école municipale d'infirmières de Bicêtre ont obtenu le certificat d'études.

petite école complémentaire en deux sections et ceux de la grande école en trois sections. Aucun d'eux ne savait lire la musique et ne possédait de notions sur la théorie musicale, sauf une demi-douzaine d'enfants appartenant à la *fanfare*. Presque tous les enfants savent, aujourd'hui, lire eux-mêmes les notes, en connaissent la valeur, et possèdent les notions élémentaires de la théorie de la musique. Quand les enfants sont suffisamment avancés pour bien lire un morceau de chant et l'apprendre avec fruit, on leur fait chanter des chœurs à deux, puis à trois parties.

En maintes circonstances, tous les samedis où nous avons des visiteurs, nous avons réuni les petites filles de la Fondation Vallée avec les garçons de Bicêtre et nous les avons fait chanter ensemble dans les chœurs. Tous les six mois nous faisons relever l'étendue et le timbre de la *voix* des enfants. Ce travail nous fournira, croyons-nous, des renseignements intéressants sur la *mue* de la *voix* au moment de la *puberté*. Ces recherches avaient déjà permis de constater, en 1895, que chez les épileptiques, qui sont dans leurs périodes d'accès, le timbre de la voix devient moins clair et moins sonore et que son étendue diminue parfois très notablement. La pratique des années 1896 et 1897 a confirmé ces constatations et fait voir aussi que, à la suite des *pratiques solitaires*, la voix est également modifiée. Le nombre des enfants qui participaient à l'enseignement du chant était de 385 à la fin de 1896 et de 376 à la fin de l'année 1897.

Escrime. — Cet exercice s'est fait régulièrement sous la direction de M. Joly, prévôt au fort de Bicêtre, qui s'en est acquitté consciencieusement.

Danse. — Les exercices de danse ont eu lieu régulièrement, mais sans direction sérieuse jusqu'au 8

mars, époque à laquelle, sur nos réclamations réitérées, M. LANDOSSE, un de nos instituteurs, a été chargé de ces exercices. 60 enfants y participent, sur ce nombre 60 savent danser la polka, 37 connaissent la polka, la mazurka et la scottichs et 20 connaissent toutes les danses de caractères. L'étude du quadrille est déjà commencée et sous peu une vingtaine d'enfants sauront parfaitement les deux premières figures du quadrille français.

Société de gymnastique. — Les enfants faisant partie de la société, au nombre de 22 ont fait une promenade à Robinson. Il ont pris part, en outre, sous la direction de leur maître dévoué, M. GOY, à trois concours de gymnastique. Au premier de ces concours, organisé par la ville de Vitry (Seine), ils ont remporté deux prix : le premier pour leurs exercices d'ensemble, consiste en une palme en vermeil; le second pour les mouvements individuels, consiste en une médaille également en vermeil. Au deuxième concours organisé à Alfortville, les enfants ont obtenu un deuxième prix pour les exercices d'ensemble consistant en une médaille en argent offerte par le conseil général. Enfin ils ont obtenu le premier prix d'ensemble aux concours de Châtillon : diplôme et médaille en vermeil offerts par le Conseil général.

Fanfare et Orphéon. — La fanfare et l'orphéon ont été placés sous la direction de M. SUTTER, professeur de chant. La fanfare se compose de 17 exécutants, parmi lesquels quelques-uns de nos anciens malades passés dans les sections d'adultes et que nos collègues veulent bien autoriser à revenir avec leurs anciens camarades. Elle a prêté son concours à la distribution des prix de l'école d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, à celle de l'école d'infirmières de la Salpê-

trière. Elle a également accompagné la société de gymnastique aux trois concours de Vitry, Alfortville et Chatillon. La fanfare a participé au concours de Charenton et a obtenu un premier prix d'exécution consistant en une couronne en vermeil. Elle a également pris part au concours de Villejuif où elle a remporté un premier prix d'exécution consistant en un diplôme et une palme en vermeil. L'orphéon qui assistait à ce concours, et qui est composé de 35 enfants, a également remporté un premier prix consistant en une palme en vermeil avec diplôme. Nous sommes heureux, à l'occasion de ces deux prix, de rappeler l'éloge public que M. Derouin, secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique adressa au nom de cette Administration, à la distribution des prix de l'école d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, à M. Sutter et à son dévoué collaborateur, le jeune Colombier, ancien épileptique guéri, de notre service : nous ne pouvons que nous associer à ces félicitations.

Musée scolaire. — Ce musée continue à servir aux *séances de projection*, aux *leçons de choses*, aux *lectures récréatives*. Il s'est notablement enrichi tant au point de vue de la bibliothèque qu'au point de vue des figures pour projection. — L'Administration a acheté cette année 40 nouveaux volumes de voyage et de sciences, avec le don de la Commission de Surveillance, ce qui porte à 469 le nombre des volumes de la *bibliothèque des enfants*.

Le 1er janvier 1897, le *nombre des vues* pour projections était de 632, à la fin de l'année ce chiffre était porté à 857, soit une augmentation de 225 vues sur l'année dernière. Elles se répartissent ainsi : 22 vues représentant les parasites de l'homme ; 24 vues représentant les divers modes de sépulture dans les temps anciens et modernes ; 12 vues représentant les premières syllabes des tableaux que nous avons faits avec

M. Boyer pour l'*enseignement de la parole*; 8 vues représentant les figures géométriques; 28 les machines à vapeur; 8 la fabrication du papier. Une nouvelle série de vues des colonies est en cours de formation, elle comprend déjà 12 spécimens. Nous choisissons les sujets avec notre premier instituteur et notre surveillant et nous les faisons exécuter par M. Hubert qui cumule les fonctions de photographe avec celles de tonnelier de la maison.

Société des jeux. — La société des jeux a fonctionné cette année sans qu'on ait eu à prélever les cotisations habituelles. Elle a donné quatre concerts organisés par les enfants. Deux de ces concerts ont été suivis de bals. Les bénéfices de ces matinées ont servi à des promenades à Créteil et à La Varenne St-Hilaire. Tous les enfants valides de la section, les petites filles de la Fondation Vallée et leurs parents assistent à ces fêtes.

Caisse d'épargne. — Elle est confiée au premier de nos instituteurs, M. Mesnard. Les recettes ont été pour cette année de : 252 fr., 35. 48 enfants ont versé pendant l'année à cette caisse. Le nombre des nouveaux livrets retirés est de 12, qui, ajoutés aux 121 retirés pendant les années antérieures, forment un total de 133 livrets. Les sommes recueillies depuis 1892 s'élèvent à 1362 fr., 40.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande et de la petite école qui sont propres ont continué à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs. Dans ces promenades les instituteurs et les institutrices doivent donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux jeux de *balle* et de *ballon.* Voici l'énumération des différents endroits où ils sont allés en promenade cette année : Arcueil, Bois de

Gournay, Cachan, Créteil, Fête de la place d'Italie, Fête du Lion de Belfort, Foire aux pains d'épices, Fort de Bicêtre, Gentilly, Gare Montparnasse, Jardin des Plantes, Jardin du Luxembourg, Jardin d'Acclimatation (1). Manufacture des Gobelins, Musée de Cluny, Montrouge, Parc de Montsouris, Place de la Salpêtrière, Place de l'Hôtel de Ville, Place de la Nation, Porte d'Orléans, Robinson, Route de l'Hay, Square Cluny, Saint-Mandé, Villejuif, Vitry, etc...

Les *distractions* ont été nombreuses. A noter la distribution de jouets du jour de l'an, donnés par l'Administration; les déguisements du Mardi-Gras et de la Mi-Carême; une matinée organisée par des artistes des différents théâtres et concerts de Paris; une conférence-concert organisée par la Ligue d'éducation sociale démocratique ; le concert du 17 juillet, sous la direction de M. LUGUET, plusieurs représentations gratuites dans divers cirques et théâtres installés à la Foire au pain d'épices, à la fête du Lion de Belfort et et sur l'Avenue de Bicêtre, enfin diverses matinées suivies de bals organisées par les enfants. — Les *jardiniers* sont allés à l'*Exposition de chrysanthèmes* et à l'*Exposition d'horticulture*. Les *imprimeurs* ont visité dans tous ses détails l'*École Estienne* dont le directeur, M. FRAYSSINET, a bien voulu leur expliquer le fonctionnement.

Visites. — Les enfants ont reçu 10.064 visites; les visiteurs ont été au nombre de 15.709. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés:

Permissions de sortie : 1 jour........	75
— — 2 jours.......	68
Congés : 3 jours....................	80

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier très-vivement la Direction du Jardin d'Acclimatation qui veut bien, chaque année, sur notre demande, autoriser nos enfants et les petites filles de la Salpêtrière à visiter ce bel établissement.

—	4 jours....................	71
—	5 jours....................	152
—	8 jours....................	58
—	15 jours....................	1
—	30 jours....................	»
	Total............	505

Nous n'insisterons pas sur les nombreux avantages des visites des familles, des permissions de sortie pour la journée et des congés. Nous nous bornerons à répéter ce que nous avons dit bien des fois : « Ajoutés aux *promenades* et aux *distractions*, ces *sorties*, ces *congés*, qui n'offrent aucun inconvénient et qui font réaliser des économies notables, nous fournissent un excellent moyen de maintenir la discipline et d'encourager les enfants. Ils rendent le séjour à l'asile-école plus supportable, et contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants. »

Vaccination et revaccination. — Nous avons continué, comme les années précédentes, la vaccination et la revaccination de tous les malades entrés durant l'année. Comme d'habitude, cette opération a été pratiquée par les élèves de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, sous notre direction et celle de nos internes. Elles ont été au nombre de 63.

Service dentaire. — M. le Dr BOUVET a continué à venir chaque semaine donner des soins à nos malades au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche et à relever chaque année les modifications survenues dans la *dentition des enfants*. Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de son service.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout à l'élixir polybromuré d'Yvon, du bromure du Dr Clin, plus actif et plus absorbable que les autres

préparations similaires qui nous ont été fournies par l'Administration, et des médicaments antiscrofuleux, ont continué, comme par le passé, à être la base du traitement en 1897. Nous avons également essayé le *sedum acre* chez un certain nombre d'épileptiques, en collaboration avec M. BERTHOUD, pharmacien de Bicêtre. Nous résumerons dans le *Compte-rendu* de 1898 les résultats, d'ailleurs médiocres, de cet essai thérapeutique. — Il a été donné dans le cours de l'année 18.825 bains ainsi répartis :

Bains simples	16.611
— salés	1.585
— d'amidon	372
— alcalins	200
— de son	57
Total	18.825
Bains de pieds	10.490
Douches	69.327
Douches aux malades externes	1.477

Nous avons eu recours aussi, comme les années précédentes, à la *médication thyroïdienne* chez un certain nombre de malades, *idiots myxœdémateux*, *nains* et *obèses*.

Améliorations diverses. — Le traitement de deux des instituteurs, MM. Grandvilliers et Landosse, a été porté de 1.700 à 2.100 francs. Les chefs d'ateliers de la section des enfants ont été enfin admis à jouir de la pension de repos. Nous y reviendrons plus loin. Notons les gratifications offertes par la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, et prélevées sur le crédit qui lui est ouvert au chapitre VIII, article 3 du budget départemental. Ces gratifications sont réparties ainsi : 1° Jusqu'à concurrence de 30 francs à la bibliothèque des enfants ; — 2° jusqu'à concurrence de 20 francs aux élèves de l'imprimerie des enfants.

La collection de nos *tableaux scolaires* s'est accrue de trois nouvelles planches pour les classes de début. La première est destinée à donner à l'enfant la notion des principales couleurs du *spectre scolaire*. Afin d'habituer l'élève à reconnaitre ces couleurs dans leur application, en regard de chacune d'elles, est représenté un objet tel qu'une prune violette, un bleuet, une feuille d'arbre, un citron, une orange, des cerises. Ce tableau se compose de deux parties identiquement semblables, une pour l'élève, l'autre pour le maître. Ce dernier, en effet, commence à faire reconnaitre à l'enfant deux couleurs, deux objets semblables, avant de l'habituer à comparer une couleur quelconque avec l'objet qui en présente l'application.

Les deux autres tableaux ont rapport aux *lignes droites* et à leurs combinaisons. En regard de chacune d'elles se trouve, comme dans le tableau précédent, représentée une de leurs applications les plus communes. L'horizontale offre comme exemple des fils télégraphiques; la verticale la corde qui soutient le poids d'une horloge; l'oblique, une échelle appuyée contre un mur; l'angle aigu, une échelle double; le triangle rectangle, une équerre, etc. (PL. XXIX et XX).

Parmi les autres améliorations réalisées dans le service nous signalerons l'installation d'un *moteur* à *gaz* que nous réclamions depuis si longtemps....

Mentionnons aussi la pose de *stores* neufs dans le musée scolaire et enfin la continuation des travaux du sous-sol du 3e pavillon, destiné ainsi que nous l'avons dit plus haut à servir de salle de réunion et de nettoyage à une certaine catégorie d'enfants. Ces travaux n'étant pas complètement terminés, nous remettons à l'année prochaine la description de cette nouvelle installation.

Visites du service. — La section a été visitée, en 1897, par le Dr Arnold (de Genève); Dr Ayasse (d'Oran);

Mlle Adler, inspectrice des Écoles de Russie ; Dr Beca (du Chili) ; Benavente David ; professeur Benedikt (de Vienne) ; Dr Bajenoff ; Dr Bodoni (Pietro), chirurgien ; M. Baguer (Gustave), directeur de l'Institut départemental des sourds-muets (Asnières) ; Dr Caput ; Dr Dupuis ; Prince Diderikoff, lieutenant général de l'armée russe ; M. Guérit ; Dr de Gouvea (H.) ancien professeur à la faculté de médecine de Rio de Janeiro ; Dr Grignaseo (de Novara, Italie) ; Dr Ivikitine, médecin aliéniste des hôpitaux de Moscou ; Dr Kouljenko ; Dr Kiensback (Robert) ; Dr Kattmenckel (Munchen) ; M. de Koukol (Constantine), membre du Conseil général de la province de Karkoff (Russie) ; Dr Loranchet ; M. Lampué, conseiller municipal de Paris ; Dr Long (E.), ancien médecin chef de l'hôpital cantonal de Genève ; Dr Mikieurcht ; M. Montprofit ; Dr Marie, agrégé de la Faculté de Paris ; Dr de Maltos, director de Hospital de Coudé de Ferrera ; M. Michel (J.), architecte ; Dr Mello-Reis, en mission du gouvernement de la République du Brésil ; Dr Meyer (H.) (de Copenhague) ; Dr de Nakimoff (de Russie) ; M. Oesterby, professeur à l'École royale des officiers de marine, chargé de mission spéciale par le gouvernement royal de Danemark ; M. Pottié, instituteur aux sourds-muets ; Dr Presle ; Dr Ricard, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Dr Répard (Adolphe) (de Copenhague) ; Dr Rapin (Eugène) (de Genève) ; M. Sabatier, inspecteur général des établissements de bienfaisance ; Dr Talbot, médecin-dentiste (Amérique) ; M. André Theuriet, de l'Académie française.

Le Président de la République a visité la section des enfants le 17 octobre ; un jeune malade lui a lu un compliment d'usage et lui a offert un superbe bouquet ; le Président était accompagné de MM. Barthou, ministre de l'Intérieur ; Le Gall, chef du Cabinet du Président de la République ; Blanc, Préfet de Police ;

général Hagron et commandant Serpette, de la maison militaire; Bruman, secrétaire général de la Préfecture de la Seine ; MM. Navarre, Dubois, Lucipia et Cornet, conseillers municipaux; MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique ; Gory, inspecteur, et Nielly, chef de division à l'Administration de l'Assistance publique ; M. F. Voisin, vice-président du Conseil de surveillance (voir plus loin).

Nous consacrons d'habitude la matinée du samedi à recevoir les visiteurs. Presque tous ceux dont nous venons de citer les noms sont venus ce jour-là. Nous faisons venir le professeur de gymnastique et le professeur de chant, dont les heures de leçons ne coïncident pas avec l'heure de notre visite. En nous imposant la fatigue très grande de montrer non seulement la disposition du service des enfants, mais encore son fonctionnement dans tous ses détails, notre but est de faire comprendre aux visiteurs l'importance de l'œuvre que nous avons pu réaliser avec l'appui du Conseil municipal, et fournir à beaucoup d'entre eux les arguments qui militent en faveur de l'hospitalisation de cette catégorie d'enfants anormaux et les convaincre de la possibilité de les améliorer et même de les guérir par l'application du *traitement médico-pédagogique.*

Musée pathologique. — Le musée s'est enrichi notablement en 1897 ainsi que le montre le tableau suivant, placé en tête de la page XXI.

Nous avons continué, comme les années précédentes, à reprendre dans le cimetière de la commune de Gentilly, lors du relèvement des corps de nos malades décédés il y a cinq ans, les *crânes* et les *squelettes entiers*, quand il s'agit d'*hémiplégiques* ou de malades dont le squelette présente des particularités. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis l'année 1887. Le musée reçoit en

	1885	1886	1887	1888	1889	1890	8911	1892	1893	1894	1895	1896	1897
Bustes et plâtres...	100	136	161	180	206	231	251	277	297	317	343	378	444
Plâtres divers.....	18	24	24	28	30	33	33	33	33	34	34	34	36
Squelettes entiers .	«	«	«	«	5	11	11	17	27	38	39	41	49
— de tête .	17	22	25	38	45	58	62	72	80	103	115	132	184
Calottes crâniennes.	100	123	156	177	190	209	222	248	268	288	308	340	226[1]
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (enfants et adultes) .	101	126	162	188	310	335	353	381	401	419	444	477	325

outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs observations reliées chaque année, qui forment actuellement 25 volumes, les *photographies des cerveaux* qui composent aujourd'hui 8 volumineux *albums*; les *cahiers scolaires* que nous avons institués dès 1880. — Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que nous avons refait entièrement, nous-même, cette année, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du musée. Notre ancien interne, M. le Dr Julien NOIR a été nommé conservateur du Musée par arrêté en date du 9 octobre 1897, en remplacement de M. Sollier, démissionnaire.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1897, de même que les années passées, par MM. LEROY pour la *menuiserie* (1882-1897), ALLÈNE pour la *couture* (1883-1897), DUMOULIN pour la *cordonnerie* (1888-1897), MORIN pour la *vannerie*, le *paillage* et le *canage des chaises*

(1) Nous comprenions, autrefois, dans ce chiffre, les calottes faisant partie des têtes entières; cela faisait double emploi; cette erreur, rectifiée cette année, explique la diminution apparente du nombre des calottes crâniennes. Nous avons supprimé aussi quelques cerveaux dont l'état de conservation laissait à désirer ou qui ont servi aux études histologiques.

(1889-1897), MERCIER pour la *brosserie* (1888-1897), MARÉCHALLAT pour l'*imprimerie* (1889-1897), G. GAIE pour la *serrurerie* (1895-1897), MESNARD pour le *jardinage* (1896-1897). — De même aussi que les années passées, nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'*instruction professionnelle* aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Le tableau ci-après met en évidence les résultats obtenus en 1897 par nos chefs d'ateliers (p. XXIII).

Les travaux du *jardinage* seuls ne sont pas évalués. Il est, en effet, assez difficile de faire une estimation précise. Pourtant nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir une approximative.

Les sept maîtres — non compris le jardinier dont le travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50.

Le travail des enfants, 31.243 fr. 90 (1), couvre donc : 1° la dépense occasionnée par le salaire de leurs maîtres ; — 2° l'intérêt à 4 % — taux au-dessus du cours actuel — du capital employé pour la construction des ateliers (210.000 fr.) De plus, il y a un bénéfice de 6.236 fr. qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants (2).

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit dans les sections d'aliénés adultes, soit dans la division des

(1) L'évaluation est faite, non par nous, qui sommes incompétent, mais par l'inspecteur du service d'architecture, M. Delahaye, et par M. Lequeux économe.

(2) Voir nos *Compte-rendus* précédents et entre autres, 1892, p. XXI et XXII ; — 1893, p. XXI ; — 1894, p. XIX ; — 1895, p. XXV ; — 1897, p. XXIV.

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE	1891		1892		1893		1894		1895		1896		1897	
		Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 déc.	Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie...	16 sept. 1883	24	5853 50	22	5386 35	20	5030 60	18	4254 60	19	5108 40	24	5008 60	24	5112 »
Serrurerie....	16 janv. 1884	11	4123 »	14	4152 »	15	3709 »	14	2934 »	12	3987 »	12	4079 50	14	3806 »
Vannerie.....	20 oct. 1884	19	3426 60	22	3159 45	21	2515 25	19	2488 65	17	2253 25	13	2121 70	12	2070 35
Rempaillage .	16 janv. 1885	10	571 »	10	733 50	9	500 75	7	336 75	6	255 20	4	230 05	2	203 »
Couture......	8 oct. 1883	94	6800 45	64	5942 50	57	6148 35	51	5323 85	54	4489 90	52	5441 55	51	6226 »
Cordonnerie ..	8 oct. 1883	13	3119 »	38	3568 75	52	3821 50	41	3376 50	34	4062 25	32	4032 25	28	3545 50
Brosserie....	26 nov. 1888	7	3884 20	9	4388 80	11	6096 80	13	4510 »	14	6407 50	8	4357 10	10	4842 60
Imprimerie ..	8 juin 1889	14	3985 »	13	6911 »	13	5844 »	10	4264 »	12	5430 »	10	4802 »	9	5438 45
	Totaux....	162	31762 75	192	34242 35	198	33666 25	175	27588 50	167	31997 10	159	30072 75	187	31243 90

ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué	ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué
1884.........................	91	13.775 »	1888.........................	184	21.254 »
1885.........................	107	16.074 »	1889.........................	187	21.752 20
1886.........................	159	17.876 »	1890.........................	187	29.932 60
1887.........................	197	18.107 »			

incurables de l'hospice trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de l'hospice et que les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance.

Bien des fois dans nos *Compte-rendus* annuels, nous avions demandé à l'Administration qu'elle récompensât nos chefs d'atelier en les admettant à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde aux agents, sous-employés et infirmiers, du personnel secondaire (1). Après bien des difficultés et de nombreuses réclamations de notre part consignées dans les *Compte-rendus* antérieurs, nous avons obtenu en partie satisfaction. Le 10 avril 1897, par arrêté de M. Peyron, soumis à l'approbation préfectorale, nous obtenions gain de cause. Voici, d'ailleurs, le texte de cet arrêté :

Le Directeur de l'Administration de l'Assistance publique,
Vu l'avis émis par le Conseil de Surveillance de cette Administration dans la séance du 18 mars 1897 ;

Arrête :

ART. 1er. Les chefs d'atelier de l'hospice de Bicêtre pourront désormais, sous les conditions spécifiées par les arrêtés réglementaires et notamment par celui du 12 février 1845, être admis au repos au même titre que les agents du personnel secondaire.

ART. 2. Ils seront placés dans la 2e classe des reposants.

ART. 3. Ampliation du présent arrêté sera transmise aux divisions administratives et au Directeur de l'hospice de Bicêtre.

Fait à Paris, le 10 avril 1897.
Signé : E. PEYRON

Vu et approuvé : Paris le 19 juin 1897.
Le Préfet de la Seine,
Signé : JEAN DE SELVES

Pour ampliation :
Le Secrétaire Général
de l'Administration de l'Assistance publique,
DEROUIN.

---

(1) Lorsque nous avons établi le programme de la construction de nos ateliers, nous avions prévu, au second étage, des logements pour les chefs d'atelier. Ultérieurement, nous appuyant sur les inconvénients qui résultent dans les établissements hospitaliers du logement d'un grand nombre de personnes dont la présence n'est pas indispensable, nous avions demandé que

Nous sommes heureux que notre persistance ait enfin sa récompense, tout en regrettant que l'assimilation de nos chefs d'atelier ait été faite seulement avec les sous-surveillants et non avec les surveillants comme le demandait, et c'était juste, la délibération du Conseil municipal.

Tel est le résumé de l'*enseignement professionnel* en 1897. Il importe de ne pas oublier que nos ateliers ne sont nullement comparables à ceux de l'Orphelinat Prévost et de l'école d'Alembert à Montévrain où les apprentis sont des *enfants normaux*, sains de corps et d'esprit, et même choisis parmi les plus intelligents des candidats. Nos apprentis, à Bicêtre, sont non seulement des *enfants* ANORMAUX, mais encore des *enfants* MALADES : quand ils ont, les uns, des *accès épileptiques*, convulsifs ou psychiques, les autres des *impulsions* ou des périodes d'excitation, pendant ces accidents et les jours qui suivent ils ne peuvent travailler ni à l'école ni à l'atelier. Administrativement, après avoir douté de la possibilité de faire travailler les enfants idiots, arriérés et épileptiques, certains auraient de la tendance à vouloir les considérer comme des apprentis ordinaires qui, suivant la pratique abusive des couvents, doivent fournir régulièrement une somme de travail fixée. Nous le répétons, ce qui doit primer dans notre service, c'est l'influence morale du travail, qui est l'adjuvant du travail scolaire, du traitement médical, et non le *produit* lui-même, bien qu'il ne soit pas à dédaigner : les enfants eux-mêmes sont heureux de voir que leur travail est productif, qu'il se traduit par des résultats pratiques (1).

---

les chefs d'atelier fussent logés au dehors où ils sont plus libres. Nous ne pensions pas qu'on en tirerait argument contre eux pour leur refuser la pension de repos.

(1) Une autre cause qui contribue à différencier nos apprentis de ceux que nous avons cités, c'est qu'ils ont des permissions de sortie et des congés, sur la demande des familles, à toutes les époques de l'année.

III.

STATISTIQUE. MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1897, il restait dans le service 483 enfants (1) : 458 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits *aliénés* et 25 réputés *non aliénés*. On sait qu'il s'agit là d'une distinction purement administrative et qu'il est difficile de justifier médicalement. Sur ce nombre 3 étaient atteints de *surdi-mutité*, 7 de *cécité*, 28 de *rumination*, 9 de *maladie de Little*, 54 étaient *hémiplégiques*, 62 *baveux*, 42 *onychophages*, 5 *déchireurs d'ongles*.

Mois.	Entrées.	Décès.	Sorties. sur demande.	Sorties. par transfert.	Sorties. par évasion.	Sorties. par passage aux adultes.	Sorties. par passage aux vieillards.	Total des sorties.
Janvier.......	5	4	2	»	»	»	»	2
Février......	8	2	1	4	»	1	»	6
Mars.........	2	1	»	»	»	»	»	»
Avril.........	3	4	»	1	»	4	»	5
Mai	9	1	3	7	1	3	»	14
Juin..........	8	1	4	»	»	4	»	8
Juillet........	4	1	1	»	»	2	»	3
Août.........	4	3	5	8	»	1	»	14
Septembre ...	»	»	»	1	»	1	»	2
Octobre......	8	»	6	1	»	»	»	7
Novembre....	6	»	3	2	»	3	»	8
Décembre....	6	»	2	1	1	»	»	4
Totaux......	63	17	27	25	2	19	»	73

(1) C'est-à-dire 83 de trop, puisque la section a été conçue pour 400 enfants.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 17. Le tableau ci-après fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades (p. XXVIII).

Sorties. — Des 73 malades sortis de la section, 19 ont été dirigés sur l'une des sections d'adultes de la division des aliénés ; 27 ont été rendus à leur famille, guéris au améliorés ou sur la demande de celles-ci ; 25 ont été transférés et 2 sont sortis par évasion. Le tableau des pages XXXII et suivantes indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints ces malades sortants.

Évasions. — Deux évasions se sont produites dans le courant de l'année : celles des enfants Mar... (Albert) et Lec... (Joseph). Le premier de ces malades nous a été renvoyé par les soins de la Préfecture de police ; quant au deuxième, notablement amélioré, et pouvant, sans inconvénient être laissé en liberté, il a été défalqué.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 24 : 6 à Villejuif, 7 à Clermont, 2 au Mans, 2 à Pierrefeu, 1 à Armentières, 1 à Rouen, 1 à Ville-Évrard, 1 à Fains, 1 aux Enfants-Assistés. Les transferts, hors des asiles de la Seine, constituent une mesure indigne d'un pays civilisé, quand ils s'appliquent à des *enfants* dont les parents habitent Paris et qui, en raison de la médiocrité de leurs ressources ne peuvent aller les voir. Comme ils sont nés dans les départements, ils y ont leur domicile de secours. Les préfets des départements les réclament. Leurs demandes ont été encore très nombreuses cette année, mais deux familles ont préféré reprendre leurs enfants plûtôt que de les laisser partir loin d'elles, et par conséquent, être mises dans l'impossibilité de les visiter et de soulager leur infortune.

Noms.	Age.	Date du décès.	Diagnostic.
Etie...........	18 ans.	2 Janvier.	Arriération intellectuelle.
Branc.........	21 ans 1/2.	6 Janvier.	Épilepsie. Démence.
Auz............	7 ans.	21 Janvier.	Idiotie. Tics multiples.
Per	13 ans.	24 Janvier.	Idiotie complète.
Malgr.........	10 ans 1/2.	10 Février.	Imbécillité.
Debie.........	10 ans.	22 Février.	Idiotie et épilepsie symptomatiques d'un arrêt de développement des circonvolutions.
Hél	18 ans.	4 Mars.	Imbécillité prononcée. Épilepsie.
Pid............	11 ans.	7 Avril.	Épilepsie consécutive à une fièvre typhoïde.

Causes du décès.	Particularités.
Tuberculose pulmonaire.	Crâne : hypertrophie partielle du frontal gauche. Aplatissement prononcé du frontal et de la partie antérieure du pariétal droit. Synostose partielle de la suture interpariétale. Rien d'anormal dans les centres nerveux à l'œil nu. Corps thyroïde atrophié. Tuberculose pulmonaire.
Tuberculose pulmonaire.	Imbrication externe très prononcée de l'occipital. Méningite chronique simple. Tuberculose pulmonaire.
Angine grave survenue au cours d'une rougeole.	Couleur chair de saumon de quelques circonvolutions. Broncho-pneumonie. Atélectasie. Rate accessoire, artère rénale supplémentaire.
Angine grave survenue au cours d'une rougeole	Crâne très-mince avec de nombreuses plaques transparentes. Epaississement de la pie-mère et aspect chagriné par places des circonvolutions. Dilatation ventriculaire à droite. Congestion et emphysème pulmon.
Tuberculose pulmonaire.	Décédé aux Enfants malades.
Pneumonie caséeuse péricardite.	Crâne mince et lourd, voûte profonde. — Arrêt de développement léger des circonvolutions et aspect chagriné par places. Méningite récente. Persistance du thymus. Pneumonie caséeuse. Péricardite. (Obs. dans le *Compte-rendu* de 1897, p. 96.)
Pneumonie lobaire gauche.	Crâne assez lourd avec plaques tranparentes. Légère imbrication externe de l'occipital. Adhérences pie-mériennes disséminées; légère dilatation des ventricules. Hépatisation grise du poumon gauche; dégénérescence amyloïde du foie et de la rate.
Cachexie progressive.	Crâne lourd, épais, graisseux; os wormiens. Atrophie lobaire intéressant la plupart des circonvolutions, surtout les frontales, et prédominant à gauche. Inégalité croisée des hémisphères cérébraux et cérébelleux (hémisphère cérébral droit = 440 gr.; hémisphère cérébral gauche = 410 gr.; hémisphère cérébelleux droit = 60 gr.; hémisphère gauche = 65 gr.) Thrombose des veines méningées. Persistance du thymus. (Voir l'obs. complète à la p. 152.)

Noms.	Age.	Date du décès.	Diagnostic.
Col...........	6 ans.	13 Avril.	Idiotie; Paralysie des membres.
Bert...........	4 ans.	15 Avril.	Idiotie. Contracture des 4 membres.
Delor.........	9 ans.	29 Avril.	Idiotie, hémiplégie droite, accès épileptiformes symptomatiques de sclérose.
Delfo.........	11 ans.	7 Mai.	Idiotie et épilepsie.
Far...........	14 ans.	8 Juin.	Idiot devenu épileptique.
Ber...........	12 ans.	21 Juillet.	Épilepsie.
Bleu..........	17 ans 1/2.	12 Août.	Idiotie complète.
Mul...........	9 ans.	25 Août.	Épilepsie. Hémiplégie droite.
Lese..........	12 ans.	29 Août.	Idiotie.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Cachexie progressive.	Crâne très-mince, nombreuses plaques transparentes; os wormiens. Persistance de la suture métopique. Arrêt de développement général du cerveau. Sillons très-superficiels. Aspect chagriné. Persistance du thymus. Malformation du rein gauche.
Broncho-pneumonie.	Crâne mince, très-irrégulier, plagiocéphalie; adhérences de la dure-mère à la pie-mère. Lésions en foyer de l'hémisphère cérébral gauche. Atrophie du corps thyroïde. Persistance du thymus. Broncho-pneumonie.
Pneumonie gauche.	Asymétrie des artères et nerfs de la base et des pyramides. Sclérose atrophique Pneumonie gauche.
Congestion pulmonaire.	Crâne épais, lourd, plagiocéphalie prononcée : Trépanation, réossification partielle de la brèche. Adhérences de la dure-mère au niveau de la brèche. Cangestion généralisée de la pie-mère. Congestion pulmonaire.
Cachexie.	Opposition à l'autopsie.
Cachexie.	Opposition à l'autopsie.
Cachexie.	Crâne épais lourd; légère imbrication externe de l'occipital. Synostose complète de la suture interpariétale. Rien à l'œil nu dans les centres nerveux. Persistance du thymus. Vésicule biliaire bourrée de calculs jaunatres, très-durs.
Tuberculose intestinale.	Crâne assez épais et assez lourd. Aplatissement du frontal et de la partie antérieure des pariétaux. Rien à l'œil nu dans les centres nerveux. Persistance du thymus. Hypertrophie considérable de tous les ganglions mésentériques. Tuberculose intestinale.
Cachexie.	Crâne : plaques transparentes. Synostose des 3/4 de la suture interpariétale. Vascularisation très-prononcée de la pie-mère et adhérences généralisées avec la substance cérébrale. Longueur exagérée de l'appendice (14 cent.)

Noms.	Age.	Profession	Maladie.	Cause de la sortie.
Mande	13ans.	—	Épilepsie.	Sorti définitivement le 2 janvier: même état.
Eustac	16 ans.	—	Instabilité mentale, alcoolisme.	Sorti définitivement le 24 janvier: amélioration.
Hibo	8 ans.	—	Idiotie, gâtisme.	Transféré à l'asile d'Armentières le 3 février.
Drobe	10 ans.	—	Imbécillité.	Transféré à Fains le 3 février.
Roux	18 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti définitivement le 6 février pour s'engager: amélioration notable.
Jég	6 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré au Mans le 11 février.
Duchate ...	4 ans:	—	Idiotie, cécité.	Transféré à Maréville le 17 février.
Mey	12 ans.	—	Imbécillité.	Sorti définitivement le 19 février: amélioration.
Simo	18 a. 1/2.	Jardinier.	Instabilité mentale, épilepsie ambulatoire.	Passé le 24 février à la 5e 2e (adultes).
Coupa	13 ans.	Menuisier.	Arriération intellectuelle.	Sorti définitivement le 22 mars : amélioration.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Larroq.....	15 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à Clermont le 28 août. Même état.
Simon	16 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à Clermont le 28 août. Même état.
Batma	15 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Clermont le 28 août. Même état.
Domen.....	15 ans.	Cordonnier.	Imbécillité prononcée.	Transféré à Clermont le 28 août. Même état.
Chréti	15 ans.	Tailleur.	Épilepsie.	Transféré à Clermont le 28 août. Même état.
Lége.......	18 ans 1/2.	Serrurier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 5 septemb.
Caï	8 ans.	—	Idiotie congénitale.	Transféré à Clermont le 5 septembre. Même état.
Lain	16 ans.	Jardinier.	Épilepsie.	Sorti définitivement le 5 octobre. Amélioration.
Rapi	14 ans.	—	Idiotie et épilepsie.	Sorti définitivem. le 8 oct. Même état.
Priva	5 ans.	—	Idiotie congénitale.	Sorti définitivement le 10 octobre. Amélioration considérable.
Champi	8 ans.	—	Idiotie.	Transféré à St-Dizier le 14 octobre. Même état.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Etien.......	20 ans.	Vannier.	Idiotie. Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Passé aux adultes 5e 1e le 29 juillet. Très amélioré. (V. son obs. complète, *Compte-rendu*, 1894, p. 38).
Rimba......	6 ans.	—	Idiotie, cécité.	Rendu à sa mère qui va habiter le Var le 29 juillet. Même état.
Fourni.....	15 ans.	—	Épilepsie idiopathique.	Transféré à Ville-Évrard le 6 août. Même état.
Mele.......	16 ans.	Serrurier.	Épilepsie.	Aucun accès depuis un an, réintégré aux Enfants-assistés le 16 août.
Biar........	8 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa mère peu de temps après son entrée, le 21 août. Même état.
Bla.........	4 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 21 août. Même état.
Forest......	15 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Sorti sur la demande de sa mère qui l'a pris en congé d'essai le 21 août. Amélioration.
Ferra.......	18 ans.	Brossier.	Imbécillité.	Sorti, placé comme infirmier à l'hôpital Tenon le 21 août. Amélioration notable.

Peyre......	20 ans.	Jardinier.	Hébéphrénie.	Sorti sur la demande de sa famille, le 21 août. Amélioration considérable.
Toti........	20 ans.	—	Épilepsie, démence.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 25 août. Aggravation.
Patri.......	14 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Clermont le 28 août. Même état.
Goup	15 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Sorti définitivement le 27 mai. Amélioration.
Rémo......	17 ans.	Cordonnier.	Instabilité mentale.	Sorti définitivement le 30 mai. Amélioration.
Plai........	15 ans.	—	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti définitivement le 5 juin. Amélioration.
Henneq	17 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Sorti définitivement le 5 juin. Amélioration.
Rochere ...	14 ans.	—	Imbécillité.	Sorti définitivement le 5 juin. Amélioration.
Lacom	19 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 16 juin. Amélioration.
Plancho....	15 ans.	—	Idiotie.	Sorti définitivement le 20 juin. Même état.
Mario	19 ans.	—	Idiotie microcéphalique.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 25 juin. Amélioration.
Dupa	19 ans.	—	Idiotie, athétose double.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 25 juin. Même état,
Lépin	20 ans.	Tailleur.	Imbécillité, maladie de Little.	P. aux adult., $5^e 2^e$, le 25 juin. Amélioré.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Gravig....	20 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 28 juillet. Amélioration.
Gasteb	19	—	Épilepsie, démence.	Passé le 2 avril à la 5e 3e, adultes. Aggravation.
Daus......	20	—	Épilepsie, démence.	Passé le 3 avril à la 5e 3e. Aggravation.
Peter......	18	Menuisier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 6 avril. Amélioration.
Maign......	18	Jardinier.	Idiotie consécutive à une méningite.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 6 avril. Même état.
Loutr	17 $^1/_2$	Cordonnier.	Imbécillité.	Transféré à Rouen, le 15 avril. Même état.
Lero	18	—	Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 11 mai. Même état.
Taup......	18	Tailleur.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 19 mai. Même état.
Dubue	19	Vannier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 19 mai. Même état.
Leho......	19	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.
Lecer	18	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.

Lamar......	18 ans.	—	Idiotie. Cécité.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.
Nille.......	18 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.
Flaméc......	18 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.
Leliev......	18 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.
Lemai......	18 ans.	Jardinier.	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 24 mai. Même état.
Debai......	7 ans.	—	Idiotie légère.	Sorti définitivement légèrement amélioré le 27 mai.
Lebre......	17 ans.	Vannier.	Imbécillité. Incontinence nocturne d'urine.	Sorti définitivement le 18 octobre. Amélioration.
Regni......	11 ans.	—	Imbécillité.	Sorti définitivement le 18 octobre. Amélioration.
Millo.......	12 ans.	—	Imbécillité.	Sorti définitivement le 6 novembre. Amélioration.
Ploton......	17 ans.	Vannier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts. Rhumatisme chronique.	Sorti définitivement le 6 novembre. Amélioration.
Auzembe...	18 ans.	Tailleur.	Épilepsie, hémiplégie gauche.	Transféré à Pierrefeu (Var) le 22 nov. Même état.
Marcha.....	18 ans.	—	Épilepsie, idiotie, gâtisme.	Transféré à Pierrefeu le 22 novembre. Même état.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Dubo.......	18 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 25 novembre. Même état.
Tassi.......	18 ans.	Vannier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 25 novembre. Amélioration.
Bernad.....	18 ans.	Jardinier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts. Pyromanie.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 25 novembre. Amélioration.
Romai......	17 ans.	Serrurier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts. Pédérastie.	Sorti définitivement le 30 novembre. Amélioration.
Kahn.......	8 ans.	—	Idiotie.	Sorti définitivement le 15 décembre. Même état.
Pigea	12 ans.	—	Idiotie congénitale.	Sorti définitivement le 15 décembre. Légère amélioration.
Wolte......	16 ans.	—	Idiotie d'origine traumatique.	Transféré à l'asile du Luxembourg le 20 décembre.
Leca.......	18 ans.	Brossier.	Imbécillité morale.	Passé aux adultes, 5e 1e, le 31 décembre. Même état.

La mesure prise, sur notre proposition, par le Conseil général de la Seine et qui consiste à recevoir dans les asiles du département, et à les y maintenir, les enfants *nés* dans les autres départements, lorsque leurs parents sont domiciliés à Paris ou dans une commune de la Seine *depuis trois ans*, tout en ne réclamant aux départements d'origine — c'est-à-dire où les enfants ont leur domicile de secours — que le prix de journée payé par ces départements dans leurs propres asiles, n'est pas acceptée par la plupart des préfets. La mesure si humaine, si généreuse du Conseil général de la Seine envers cette catégorie d'enfants et leurs familles laissent les préfets trop souvent indifférents. On le comprend d'autant moins que le maintien dans les asiles de la Seine de ces enfants n'entraine, nous le répétons, aucun surcroît de dépenses pour les départements qu'ils administrent. M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques du ministère de l'intérieur rendrait un service signalé aux familles et aux enfants en question en faisant comprendre aux préfets qu'ils feraient acte d'humanité en maintenant les enfants, dont il s'agit, dans les quartiers spéciaux de la Seine.

Population au 31 *décembre* 1897. — Il y avait à cette époque, dans le service, 459 enfants se décomposant ainsi : 425 enfants *idiots, imbéciles* ou *épileptiques,* dits *aliénés* et 25 réputés *non aliénés.* Sur ce nombre 11 sont atteints de *cécité;* 3 sont atteints de *surdi-mutité;* 28 sont *ruminants;* 50 sont *hémiplégiques;* 7 sont atteints de *maladie de Little;* 60 sont *baveux;* 38 *onycophages* et 4 *déchireurs d'ongles.*

Thymus et glande thyroïde. — Nos études sur l'*idiotie myxœdémateuse* nous ont conduit à reprendre, il y a 8 ans, des recherches anciennes (1868) sur la *glande thyroïde* incidemment sur le *thymus.* Le

Noms.	Sexe.	Age.	Diagnostic.	Thymus.	Glande thyroide.	Observations.
Etien..................	Garçon	18 ans	Arriération intellectuelle.	Pas	8 gr.	
Branch..............	—	21 ans	Epilepsie. Démence.	Pas	8 gr.	
Anzo..................	—	7 ans	Idiotie. Tics multiples.	Pas	7 gr.	
Perri..................	—	13 ans	Idiotie compléte.	Pas	8 gr.	
Malgr..................	—	10 a 1/2	Imbécillité.	»	»	Décédé aux Enfants-malades.
Debr..................	—	10 ans	Idiotie. Epilepsie.	4 gr. 1/2	10 gr.	
Hél..................	—	18 ans	Imbécillité prononcée. Epilepsie	2 gr.	18 gr.	
Pid..................	—	11 ans	Epilepsie.	2 gr.	15 gr.	
Coll..................	—	6 ans	Idiot. Paralysie des membre inférieurs	2 gr.	7 gr.	
Bert..................	—	4 ans	Idiotie. Contracture des 4 membres.	2 gr.	5 gr.	
Delor..................	—	9 ans	Idiotie, Hémiplégie droite, Epilepsie, symptomatique, de sclérose atrophique.	Pas	10 gr.	
Delfor..................	—	11 ans	Idiotie et Epilepsie.	Pas	5 gr.	
Far..................	—	14 ans	Idiot devenu Epileptique.	»	»	Opposition à l'autopsie.
Ber..................	—	12 ans	Epilepsie.	»	»	Opposition à l'autopsie.
Bleu..................	—	17 a 1/2	Idiotie complète.	8 gr.	9 gr.	
Mul..................	—	9 ans	Epilepsie. Hémiplégie droite.	4 gr.	10 gr.	
Lese..................	—	12 ans	Idiotie.	Pas	5 gr.	

Lho	Fille.	13 ans	Idiotie complète.	Pas	25 gr.	
Blach	—	13 ans	Sclérose cérébrale tubéreuse.	»	»	
Bioll	—	12 ans	Idiotie complète. Paraplégie.	Pas	10 gr.	
Vois	—	3 ans	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie double.	3 gr. 1/2	5 gr.	
Gaill	—	10 ans	Idiotie et Epilepsie symptomatiques de pseudo-porencéphalie unilatérale.	Pas	5 gr.	
Gigu	—	12 ans	Idiotie. Paralysie et contractures.	5 gr.	8 gr.	
Borj	—	4 a 1/2	Idiotie myxœdémateuse.	»	»	Opposition à l'autopsie.
Prout	—	14 ans	Idiotie complète.	10 gr.	5 gr.	
Le Ga	—	8 ans	Idiotie hydrocéphalique	»	»	
Gir	—	12 ans	Idiotie et Epilepsie.	5 gr.	20 gr.	
Leja	—	7 ans	Idiotie complète. Diplégie.	Pas	5 gr.	
Lecardo	—	14 ans	Imbécillité.	Pas	12 gr.	
Coutel	—	9 ans	Imbécillité.	Pas	10 gr.	
Wenz	—	12 ans	Imbécillité.	Pas	9 gr.	
Veyrad	—	9 ans	Idiotie.	Pas	5 gr.	
Supr	—	9 ans	Idiotie.	Pas	8 gr.	
De Veild	—	14 ans	Idiotie complète.	Pas	5 gr.	
Goor	—	13 ans	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Pas	7 gr.	
Pich	—	9 a 1/2	Epilepsie.	Pas	12 gr.	

tableau ci-après donne quelques renseignements sur ces deux organes chez nos malades décédés en 1897.

Nous essaierons un jour de voir s'il y a lieu de tirer quelque conclusion des pesées du thymus et de la glande thyroïde que nous consignons tous les ans dans nos *Compte-rendus*. Mais elles n'auront qu'une valeur relative jusqu'à ce que nous puissions les mettre en regard de pesées analogues faites chez des enfants réputés normaux et décédés soit à l'hôpital des Enfants-Malades, soit à l'hôpital Trousseau.

Maladies infectieuses. — L'épidémie assez grave de *rougeole*, qui avait débuté le 29 novembre 1896, persistait encore le 20 mars de cette année. Le nombre des cas en 1897 a été de 8 ; 6 se sont terminés par la guérison ; deux ont été suivis de décès : Auz.., et Perr.. Chez ces deux malades la rougeole s'est compliquée d'une *angine diphtéritique*. — Nous n'avons eu qu'un seul cas de *diphtérie*, celui de l'enfant Ben... ; entré au *pavillon des contagieux* le 28 mars, il en est sorti guéri le 17 avril. — Deux infirmières et un infirmier ont présenté des traces d'*herpès circiné* sur les avant-bras. — Trois enfants ont été atteints de *rubéole* : Pépo.., entré le 5 mars est sorti guéri le 12 du même mois ; — Hard.., entré le 17 mars, est sorti guéri le 24 ; — Min.., entré le 31 mai, est sorti guéri le 21 juin. ; — Signalons enfin un cas de *fièvre typhoïde* chez l'enfant Pich.., suivi de guérison.

Teigne. — Au 1er janvier 1897, il restait dans le service 6 teigneux et 12 teigneuses ; ce chiffre a sensiblement augmenté pour les garçons et a été porté à 19 pour la fin de l'année. Le nombre des teigneuses par contre est descendu à 6.

Maladies intercurrentes. — Elles ont été relativement nombreuses : 15 enfants sont entrés à l'infirmerie atteints d'*état de mal épileptique.* — *pneumonie*, 1 ; — *tuberculose pulmonaire*, 3 ; — *Ictère*, 1 ; — *fracture des deux os de l'avant-bras*, 2 ; — *fracture de la clavicule*, 1 ; — *ongle incarné*, 1 ; — *grippe*, 6 ; — *Angine*, 4 ; — *ophtalmie*, 3 ; — *abcès*, 5 ; *diarrhée*, 4 ; — *impétigo*, 5 ; — *rhumatismes*, 3.

Personnel du service en 1897. — Le personnel était ainsi composé : 1° *Service médical :* deux internes titulaires, MM. SCHWARTZ et JACOMET et un interne provisoire, M. GAUDINEAU. M. Jacomet a été remplacé le 1er mai par M. SCHACHMANN ,lequel a été remplacé le 1er septembre par M. DARDEL.

2° *Service scolaire* : a) *Grande école :* 4 instituteurs MM. Mesnard, Landosse, Grandvilliers et Fromont. Ce dernier ayant été nommé instituteur aux Enfants Assistés, M. Camaillac a été appelé à lui succéder le 22 mars ; — un professeur de chant, M. Sutter ; — un professeur de gymnastique, M. Goy ; — un maître d'escrime, M. Joly et deux infirmiers dont un ayant le grade de 1er infirmier. — b) *Petite école :* Mlles Agnus (Blanche) et Bohain (Amandine), surveillantes ; — Mme Beaumont, suppléante ; deux premières infirmières : Mmes Huguet et Gerder et 8 infirmières de dortoir, aidant les maîtresses d'école ; en outre 4 infirmières, n'ayant pas de dortoir, sont affectées aux soins et à l'enseignement des enfants de la petite école.

3° *Enseignement professionnel :* 8 maîtres dont nous avons donné les noms plus haut (p. XXI) ; plus deux infirmiers de garde.

4° *Service hospitalier :* Il se compose de M. MALENÇON, sous-surveillant, remplissant les fonctions de surveillant ; de M. Acard, suppléant, faisant fonctions de sous-surveillant, de Mme Ronzier, sous-surveillante (infirmerie) ; de Mme Malençon, suppléante (bâtiment

des gâteux); de M[me] Grisard, 1[re] infirmière (pavillon d'isolement); de M[me] Gladel, suppléante de nuit; de deux suppléants, MM. Fournier et Barsalou (service du gymnase); d'un 1[er] infirmier, M. Chérel (baigneur), d'un infirmier attaché plus spécialement au Musée et chargé du service de distribution de la pharmacie, M. Gerder; d'un infirmier (portier), d'un perruquier, de 25 infirmières de jour ou de nuit, de 29 infirmiers de jour ou de nuit; total du personnel secondaire : 85.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

Histoire du Service pendant l'année 1897.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Au début de ce rapport, il nous parait utile de rappeler encore que, quand la Fondation Vallée a été organisée, elle devait être pour les filles ce qu'est la Colonie de Vaucluse pour les garçons, c'est-à-dire qu'on devait en exclure les *gâteuses* et les *épileptiques*. Mais, dès l'origine, par suite des besoins du service des aliénés, il n'a pas été tenu compte de cette catégorisation. Il s'ensuit que la Fondation Vallée ne correspond plus à la Colonie de Vaucluse mais au service des Enfants de Bicêtre, où nous recevons toutes les catégories d'enfants idiots. De là deux groupes principaux : 1° les *enfants idiotes et gâteuses ;* 2° les *enfants propres.*

Enfants idiotes gâteuses. — Elles étaient au nombre de 56 au 1er janvier 1897 et de 63 à la fin de l'année. Elles sont installées dans le bâtiment situé à droite de la cour d'entrée dont elles occupent le rez-

de-chaussée et le premier étage. Cette installation est des plus défectueuses. Nous dirons même que, en raison des infirmités physiques des enfants, elle est insalubre, dangereuse. Le gâtisme exigeant un lavage quotidien du parquet mal jointoyé, non hourdé, du premier étage, il en résulte des infiltrations d'eau tout le long des murs. Ce n'est que grâce au zèle et au dévouement de l'infirmière qui est chargée de ce service, Mlle Suzanne Raymond, que nous avons pu atténuer les inconvénients de cette installation et obtenir chaque année quelques bons résultats au point de vue du traitement. Nous continuons à avoir recours aux moyens et aux procédés que nous avons décrits dans nos précédents rapports.

Les *idiotes gâteuses* se divisent en deux catégories : *a)* les enfants *valides* qui sont envoyées à l'école durant *une partie* de la journée. Bien qu'une classe ait été affectée spécialement dans l'ancien réfectoire, aux plus malades, d'autres vont à l'école et il en résulte des inconvénients pour les enfants des classes voisines, affectées aux enfants propres. — *b)* Les enfants *invalides* qui séjournent dans les locaux et la cour situés entre leur pavillon et le pavillon d'infirmerie qui leur sont affectés. Chez six d'entre elles, on a pu supprimer le gâtisme : Bea..., Del..., Ze..., Guéd..., Origl..., Wei... Huit ont appris à manger sans aide : Zembr..., Wil..., Monta..., Frank.., Le Marec.., Roz..., Wit... Antoinette.

Nous avons proposé en 1896, l'appropriation du sous-sol du bâtiment neuf suffisamment élevé et aéré, en un service spécialement destiné aux *enfants idiotes gâteuses*, *valides* et même à une partie des *gâteuses invalides*. Voici en quoi consiste ce projet :

D'après nous, la moitié du sous-sol la plus rapprochée des bâtiments existant devrait être affectée aux enfants gâteuses invalides et à une partie des enfants gâtenses valides *en raison* de la proximité de leur dortoir.

Les enfants entreraient directement par la porte vitrée, correspondante à l'extrémité du bâtiment. La première travée servirait de passage au centre, et, les parties latérales, de cabinets de débarras ; — la deuxième travée serait affectée à un *réfectoire* ; — la troisième à une *salle de gymnastique* où l'on mettrait les appareils Pichery, échelles et ressorts, le tremplin, un escabeau, etc.

La quatrième travée serait réservée à l'*école pour les enfants gâteuses valides* ; — la cinquième travée serait emménagée en *école* et *préau* pour les *gâteuses invalides* ; — les deux dernières travées seront réservées au *traitement du gâtisme* proprement dit et renfermeront tous les appareils similaires en usage dans les divers services de Bicêtre (sièges d'aisance avec cuvette en ciment, soupape, siphon, etc., baignoires, bidets, bains de sièges, chauffe-bains, lavabos, armoires pour les serviettes et les peignes).

Le sol serait carrelé dans le réfectoire et la salle du traitement du gâtisme On mettrait du carreau revêtu de linoléum dans les autres pièces.

La seconde moitié du sous-sol serait affectée aux services suivants, en partant de la cage de l'escalier : 1° entrée centrale, de chaque côté, cabinets de débarras ; — 2° magasin de chaussures, ciragier ; — 3° bains de pieds. Ces différentes pièces seraient séparées par des cloisons.

La fenêtre vitrée à l'extrémité sud sera transformée en porte. Ces deux services seront complètement séparés de la partie centrale affectée au service du chauffage.

Ce projet, ainsi que nous l'avons dit dans notre Compte-rendu de 1896 (p. LXIV), a été soumis par l'Administration à la Commission de surveillance qui, après l'avoir examiné sur place, l'a adopté sur le rapport de M. le Dr Du Mesnil. Il a été ensuite transmis au Conseil général qui, jusqu'à présent, ne s'est pas prononcé. Le jour où l'on voudra bien se rendre un compte exact des difficultés actuelles du service, et du bien-être que l'installation que nous réclamons procurerait aux enfants, des avantages qui en résulteraient pour l'hygiène, toute hésitation disparaîtra.

Enfants idiotes, imbéciles, épileptiques, etc, vali-

des. — *Enseignement primaire et enseignement professionnel.* — Les procédés employés sont également les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous cherchons à réaliser consiste à *occuper les enfants du matin jusqu'au soir*, en *variant* le plus possible les *exercices*. Les *jeux* même doivent contribuer à leur éducation.

Au *lever* on apprend aux enfants à faire leur *toilette*, à faire leur *lit*, à *nettoyer* leur dortoir. — Aux *repas*, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes ; on apprend aux autres à se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Sur 186 enfants présentes à la fin de l'année, 57 savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 63 de la cuiller et de la fourchette ; 41 de la cuiller seulement ; 25 ne savent pas manger seules. — 140 enfants ont fréquenté l'école et sont exercées à la gymnastique Pichery. — 46 enfants participent aux exercices de la *grande gymnastique*, sous la direction de M. Goy et sous la surveillance de Mlle Langlet M. Goy vient tous les jeudis à la Fondation. En raison de l'augmentation de la population, il serait nécessaire qu'il donnât maintenant deux leçons par semaine.

Les *leçons de choses* sont multipliées le plus possible et ont lieu soit dans les *jardins*, dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos rapports de 1890 à 1896, au sujet de l'*habillement*, de l'*éducation de la digestion*, de la *respiration*, de la *circulation* et de l'*hygiène sexuelle* nous dispensent d'y revenir cette année.

Enseignement du dessin. — Cet enseignement qui,

durant plusieurs années et encore en 1896, était fait à titre grâcieux, d'ailleurs, par Mme Bru, femme de l'ancien économe de Bicêtre, n'a été fait cette année que pendant un mois, en raison du départ de M. Bru, nommé directeur de l'hôpital Ricord. Il y aurait une réelle utilité à organiser cet enseignement d'une façon régulière et à la Fondation et à Bicêtre.

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait par M. Sutter, professeur de chant à l'asile-école de Bicêtre. Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfants, en mesure de profiter dans une mesure quelconque de son enseignement. 90 fillettes, divisées en trois séries, y ont participé. Par suite des nombreuses entrées dans le courant de l'année 1897, M. Sutter ne peut donner qu'un compte-rendu très-sommaire de son cours quant aux nouvelles fillettes.

« Les anciennes élèves », dit ce professeur, « connaissent toutes leurs notes et chantent dans les chœurs la première partie avec les garçons; toutes ces jeunes filles ont une étendue de voix assez remarquable, principalement celles qui ont passé la quinzième année. J'ai remarqué, d'après mes observations périodiques, que les plus jeunes n'ont qu'une étendue de voix très restreinte, que celle-ci est généralement grave sans être fausse. Quant aux myxœdémateuses mises au traitement par la glande thyroïde, on a observé les mêmes modifications que l'an dernier, dans leur timbre de voix dont l'étendue s'est accrue progressivement (1). Enfin les progrès d'ensemble sont satisfaisants, les nouvelles se mettent au travail avec zèle et cherchent à suivre les anciennes dans la lecture des notes et l'accompagnement des chœurs. »

(1) *Compte-rendu* 1896 p. 163 et 177.

Danse. — Les exercices de danse ont eu lieu sous la direction de Melle Langlet et de ses collaboratrices tous les dimanches, après le parloir jusqu'au 10 mars, date à laquelle M. Landosse professeur de danse à la section des enfants de Bicêtre a pris la direction de cet enseignement à la Fondation Vallée. Les exercices ont lieu le mercredi de 4 à 5 heures. 60 enfants ont pris part à ces exercices; 50 savent danser la polka ; 40 connaissent la polka, la mazurka et la scottisch ; 25 connaissent toutes les danses de caractères. Comme à la section des enfants de Bicêtre l'étude du quadrille est commencée à Vallée et 20 enfants en connaissent les deux premières figures.

Enseignement professionnel. — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage; à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. Dix des moins arriérées, aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement. — Deux des enfants de la Fondation Vallée, Briss.... et Jup... ont continué à être employées comme demi-infirmières. L'Administration leur alloue une indemnité mensuelle de 5 francs. Deux autres enfants, Barb.. et Grang.., ont été admises par l'Administration comme infirmières. La première a obtenu l'an dernier son diplôme d'infirmière.

Les deux seuls *ateliers* que nous possédons ont continué a fonctionner régulièrement. Le travail, évalué par M. Lequeux, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration, s'est élevé à 4.470 francs pour l'atelier de couture, dirigé par Mme Ehrmann et 832 francs pour l'atelier de repassage, dirigé par Mme Quatre. Total : 5.202 francs, soit 37 francs de plus qu'en 1896.

En plus des apprenties qui travaillent par séries

régulières, 50 enfants ont travaillé une heure par jour. 20 enfants savent faire complètement les layettes ; 30 du crochet ; 12 savent marquer ; 10 savent faire la tapisserie. — Le tableau suivant donne mois par mois le nombre des apprenties régulières et l'évaluation du travail.

Mois.	Nombre d'apprenties — Cout.	Nombre d'apprenties — Repass.	Valeur de la main-d'œuvre — Couture.		Valeur de la main-d'œuvre — Repassage.	
Janvier	29	29	354 fr.	50	43 fr.	70
Février	31	31	367	10	67	15
Mars	30	30	360	75	49	35
Avril	29	29	571	75	56	05
Mai	29	29	293	»	67	15
Juin	29	29	289	25	72	10
Juillet	31	31	439	25	84	15
Août	33	33	377	50	76	75
Septembre	33	33	284	50	97	05
Octobre	31	31	325	75	38	75
Novembre	30	30	413	25	83	20
Décembre	30	30	393	50	97	05
Totaux			4.370	10	832	45
Total général			5.202 fr. 55			

Visites, permissions de sortie, congés. — Les enfants ont reçu 3.435 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 5.758. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureuses enfants. Il semblerait que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour elles.

Permissions de sortie d'un jour	15
Congés de 2 jours	10

Congés de	3 —	10
—	4 —	21
—	5 —	17
—	6 —	11
—	8 —	129
—	9 —	6
—	10 —	7
—	11 —	4
—	15 —	8
—	1 mois	2
	Total	240

D'une façon générale, sauf quand il s'agit des *congés d'essai* à fin de sortie nous ne tenons pas à accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant, il est moins facile de les faire rentrer et surtout parce qu'elles reprennent vite, chez elles, leurs anciennes habitudes ; que, à leur retour, elles se plient moins bien à la discipline et travaillent avec moins d'ardeur.

La Commission de surveillance a visité la Fondation le 1er juin. La Commission du Conseil général est venue le 27 novembre. Jamais, à notre connaissance, le procureur de la République n'a visité la Fondation Vallée. Et c'est ainsi, comme nous le disions l'année dernière que l'on se conforme aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés !

Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 25 dont 2 seulement avec succès.

Bains et hydrothérapie. — Nous avons eu recours, dans une large mesure, aux bains et aux douches, comme d'habitude. Quant aux autres moyens de *traitement*, ils ont été les mêmes que dans notre section de Bicêtre. — Nous veillons le plus possible à l'*hygiène sexuelle* et pour les petites gâteuses et pour les petites filles pubères. — Les enfants prennent leurs douches à la Fondation. — Quant aux bains,

l'installation de la Fondation n'ayant pu fonctionner une partie de l'année, nous avons dû nous servir des bains de Bicêtre. — Les *bains de pieds* ont été donnés également à Bicêtre où il existe, nous tenons à le rappeler, une installation rendant facile le lavage simultané des pieds d'un grand nombre de malades ; aussi avons-nous réclamé une installation semblable à la Fondation Vallée. Le sous-sol du bâtiment neuf pourra être en partie utilisé dans ce but, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Voici la statistique des bains et des douches en 1897 :

Bains simples	4.063
— salés	369
— amidonnés	203
Total	4.635
Douches	28.590
Bains pris à Bicêtre	2.020
Bains de pieds	2.255

Promenades. — Elles ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines de la Fondation Vallée, soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ces promenades varie de 50 à 80.

Distractions. — Les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1897, comme les années précédentes, à toutes les *distractions* données aux garçons de Bicêtre, sans qu'il soit survenu des inconvénients de la présence simultanée des deux sexes.

On a parlé beaucoup, dans ces derniers temps, des asiles aux portes ouvertes, où on accorderait aux malades le plus de liberté possible. Notre pratique, à la Fondation Vallée, depuis 1890, à Bicêtre depuis 1880, consistant à accorder des permissions de sortie, des

congés, à faciliter les visites des parents, à faire faire des promenades régulières au dehors, à donner des distractions fréquentes aux enfants nous parait une application sérieuse et sans inconvénient pour la sécurité publique du système que l'on prétend nouveau (1).

Améliorations diverses. — M. Croizelle suppléant-portier a été nommé sous-surveillant en conservant son emploi. — Réparation du mur sur la ruelle Jean-Louis et celui donnant sur la rue Benserade. — Réfection de la galerie couverte. — Réparation du carrelage des lavabos et des cabinets du bâtiment neuf, carrelage qui avait été posé d'une façon asymétrique. — Transformation des carreaux des fenêtres du bâtiment neuf. — Réparation du parquet du gymnase et réflection complète de celui du parloir des familles. Création de lieux d'aisance dans le bas du jardin potager. — Fonctionnement de l'appareil de chauffage à air chaud.

Teigne. — Huit enfants ont été soignées au *pavillon des contagieux* de l'hospice de Bicêtre : Clerc.., Graf.., Oliv ., Huss.., Berg.., Giord.., Taupin... Deux en sont sorties guéries : Oliv.., le 22 mars et Guill.., le 11 novembre.

Maladies intercurrentes. — Nous avons à noter, en outre des maladies qui ont occasionné la mort et dont on trouvera la liste au tableau des décès, les maladies suivantes : 15 enfants ont été traitées pour bronchite, 1 pour pleurésie sèche, 1 pour phtisie, 2 pour broncho-pneumonie, 20 pour accès d'épilepsie, 1 pour coxalgie, 1 pour fièvre typhoïde, 1 pour chorée, 12 pour engelures, 3 pour éruptions légères, 10 pour diarrhée, 4 pour des maux d'yeux.

(1) Le système de l'asile aux portes ouvertes est appliqué depuis plus de 40 ans dans l'asile médico-agricole de Leyme.

Comme *maladies contagieuses*, nous avons à enrégistrer une forte épidémie de *rougeole* qui avait débuté le 26 novembre 1896 et qui persista jusqu'au mois de mars de cette année. 27 de ces enfants, Hus.., Ver.., Caue.., Pic.., Lancel.., Verr.., Glay... Dent.., Man.., Mout.., Lefèv.., Bord.., Pontab.., Teul... Gauch.., Bauv.., Pon.., Cond.., Cout.., Thom.., Kraem.., Gudenf.., Bioll.., Bea.., Gaill.., Dur.., Borjr., Origl.. et Peul.., sortirent guéries. Deux succombèrent à l'épidémie, les enfants Bioll.. et Gaill... La première avait une rougeole compliquée de congestion pulmonaire, la deuxième avait une complication de tuberculose pulmonaire avec cachexie progressive. Nous avons dit, d'autre part, que les enfants atteintes de rougeole, avaient été transportées au pavillon d'isolement de la section de Bicêtre, ce qui a permis de limiter l'épidémie. D'ailleurs l'infirmerie actuelle de la Fondation Vallée n'aurait pu les recevoir, le nombre de ses lits n'étant que de 10.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1897, il restait à la Fondation Vallée 162 enfants se répartissant ainsi :

Épileptiques	39
Hystériques	1
Idiotes ou imbéciles	122
Total	162

Sur ce nombre 56 étaient *gâteuses*, 3 atteintes de *surdi-mutité* ; 6 de *cécité ;* 28 étaient *onycophages*, 2 *ruminantes*, 2 *écholaliques*, 4 *hémiplégiques* et une était atteinte de *polydactylie* (Thom...).

Voici le tableau du *mouvement de la population* en 1897 :

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.	TRANS-FERTS.	ÉVASIONS.
Janvier	6	»	2	»	»
Février	5	2	1	1	»
Mars	7	7	»	»	»
Avril	4	1	2	»	»
Mai	8	2	2	»	»
Juin	11	2	2	»	»
Juillet	5	»	1	»	»
Août	3	»	»	»	»
Septembre	3	2	»	»	»
Octobre	4	»	6	2	»
Novembre	7	»	3	»	»
Décembre	5	3	1	4	»
Totaux	68	19	20	7	»

Décès. — Les décès ont été au nombre de *dix-neuf.* Le tableau des pages LVIII à LX fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Les *sorties* ont été au nombre de 26. Le tableau des pages LXII à LXIV indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

Évasions. — Comme les années précédentes, nous n'avons pas eu d'évasions en 1897.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 7. Ceux des enfants Hén.., Ev.., Garn.., Thib.-Chamb.., dirigées sur l'asile de Villejuif; ceux des enfants Boul.., et Ast.. placées à la Salpêtrière. Enfin l'enfant Lefeb.. a été transférée à l'asile d'Auxerre.

Population au 31 *décembre* 1897. — Il restait à la Fondation le 31 décembre, 186 enfants se décomposant ainsi :

Idiotes et imbéciles........................	141
Épileptiques	42
Hystériques..............................	3
Total.....................	186

Sur ce nombre 63 sont *gâteuses*, 3 sont atteintes de *surdi-mutité*, 6 sont *aveugles*, 2 *ruminantes*, 2 *écholaliques*, 30 *onychophages*, 1 *polydactyle*, 6 *hémiplégiques*, 2 sont *flaireuses* et 2 *mangent leurs matières fécales*.

Personnel. — Il a été composé en 1897, d'un médecin, d'un interne provisoire M. DARDEL ; d'une surveillante Melle Berthe LANGLET; de 3 sous-surveillantes, Mmes EHRMANN, LAPEYRE et CROIZELLE ; d'une suppléante, Melle RAYMOND ; d'un sous-surveillant-portier, M. Croizelle ; d'un infirmier, de 11 infirmières de jour et 6 de nuit. Total du *personnel secondaire :* 24. Nous ne pouvons que répéter ce que nous écrivions l'an passé : « Nous n'avons eu qu'à nous louer, disions-nous, du zèle et du dévouement du personnel. C'est à lui et en premier lieu à la surveillante, Melle LANGLET que nous devons les résultats que nous avous enregistrés encore cette année.»

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Lho...........	13 ans.	Idiotie complète.	1er février.
Blach..........	23 ans.	Idiotie.	15 février.
Biol	12 ans.	Idiotie complète. Paraplégie.	5 mars.
Vois............	3 ans.	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie double ou bilatérale.	5 mars.
Gaill...........	10 ans.	Idiotie. Epilepsie. Paralysie spasmodique.	6 mars.
Giqu...........	12 ans.	Idiotie. Paralysie et contractures.	9 mars.
Borj............	4 ans 1/2	Idiotie myxœdémateuse.	13 mars.
Prout..........	14 ans.	Idiotie complète.	16 mars.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Cachexie.	Crâne très-lourd, très épais. Synostose presque complète de la suture interpariétale. Adhérences de la dure-mère au crâne. Arrêt de développement des circonvolutions. Atrophie des lobes quadrilatère et pariétal droits. Hypertrophie et asymétrie du corps thyroïde. Légère congestion pulmonaire.
Tuberculose pulmonaire.	Crâne mince. Calotte profonde. Sclérose tubéreuse hypertrophique.
Congestion pulmonaire.	Crâne mince ; plaques translucides ; os wormiens. Absence des tubercules mamillaires. Anomalies anatomiques des reins et du corps thyroïde. Sclérose des capsules surrénales. Dégénerescence amyloïde de la rate et du foie. Persistance légère du trou de Botal. Congestion pulmonaire.
Cachexie progressive.	Os du crâne très-minces. Atrophie, à gauche, des bandelettes, nerfs optiques, tubercules mamillaires et de la pyramide bulbaire. Pseudo-hyste du lobe temporal gauche et droit avec atrophie du lobe occipital gauche et du lobe frontal droit. Persistance du thymus. Cachexie progressive. (obs comp. pub. dans le *Compte-rendu* de 1897, p. 56)
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne minces et peu durs. Légère imbrication externe de l'occipital. Pseudo-porencéphalie gauche avec atrophie considérable de l'hémisphère (hémisphère cérébral droit = 447 gr. ; hémisphère cérébral gauche = 255 gr.). Méningo-encéphalite prédominant à droite. Congestion intense des poumons ; absence du 3e lobe du poumon droit. Adénopathie du mésentère. (Obs. pub. dans le *Compte-rendu* de 1897. p. 49).
Asphyxie due à l'introduction du lait dans le larynx.	Crâne ovoïde ; nombreuses plaques transparentes ; persistance de l'os épactal. Anomalies topographiques du cerveau. Soudure des artères cérébrales antérieures. Pers. du thym.
Broncho-pneumonie.	Opposition à l'autopsie.
Pneumonie.	Crâne ovoïde ; sutures très dentelées ; os wormiens : persistance de la suture métopique. Arrêt de développement des circonvolutions Aspect chagriné localisé. Épaississment de la dure-mère sans adhérences. Persistance du thymus. Pneumonie. Température très-élevée (42°,7).

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Le Ga.........	8 ans.	Idiotie hydrocéphalique. Hémiplégie gauche.	30 mars.
Gir............	12 ans.	Idiotie et épilepsie.	27 avril.
Leja...........	7 ans.	Idiotie complète. Microcéphalie. Diplégie. Contractures des membres inférieurs.	7 mai.
Lecardo.......	14 ans.	Imbécillité.	24 mai.
Coutel.........	9 ans.	Imbécillité.	5 juin.
Wenz.........	12 ans.	Imbécillité.	7 juin.
Veyr..........	9 ans.	Idiotie.	5 septemb.
Supr..........	9 ans.	Idiotie.	29 septemb.
De Vyld.......	14 ans.	Idiotie complète. Microcéphalie.	2 décembre.
Goor..........	13 ans.	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	4 décembre.
Pich...........	9 ans 1/2	Épilepsie.	31 décemb.

CAUSE DU DÈCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberc[se] pulm[re] à la 2[e] période avec tuberc[se] péritonéale aiguë.	Crâne sphérique ; plaques transparentes. Persistance partielle de la suture métopique. Hydrocéphalie. Tuberculose pulmonaire et péritonéale.
État de mal épileptique.	Calotte mince, presque ronde ; plaques transparentes. Sclérose légère de la corne d'Ammon à gauche ; coloration chair de saumon de quelques circonvolutions. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux (hémisphère droit = 510 gr ; hémisphère gauche = 490 gr.) Persistance du thymus. Congestion pulmonaire.
Broncho-pneumonie.	Crâne mince ; plaques transparentes. Congestion de la pie-mère. Microcéphalie. Arrêt de développement des circonvolutions ; méningo-encéphalite disséminée. Broncho-pneumonie.
Tuberculose pulmonaire.	Crâne presque rond, persistance de la suture métopique ; os wormiens. Lésion en foyer de l'hémisphère cérébral gauche. Anomalie du cœur et végétations valvulaires.
Tuberculose généralisée.	Rien d'anormal à l'œil nu dans les centres nerveux. Tuberculose généralisée.
Tuberculose pulmonaire.	Crâne épais, lourd ; imbrication externe et saillie de l'occipital. Méningo-encéphalite très-prononcée et généralisée.
Broncho-pneumonie.	Sclérose atrophique des deux lobes frontaux. (Voir l'observation complète à la p. 96.)
Cachexie.	Os du crâne très-durs ; le frontal est notablement épaissi. Adhérences pie-mériennes. Méningo-encéphalite. Adhérences pleurales généralisées du poumon gauche.
Broncho-pneumonie.	Persistance partielle de la suture métopique ; nombreux os wormiens ; imbrication externe de l'occipital. Rien à l'œil nu dans les centres nerveux. Broncho-pneumonie.
Congestion pulmonaire.	Crâne : plaques translucides. — Méningo-encéphalite avec arrêt de développement léger des circonvolutions ; — pacchyméningite partielle. — Congestion pulmonaire.
Broncho-pneumonie.	Crâne assez épais, et assez lourd ; imbrication externe de l'occipital. Pas de grosses lésions apparentes à signaler au cerveau. Broncho-pneumonie. Cœcum muni d'un appendice vermiforme de longueur exagérée.

NOMS.	AGE.	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Bissonn	8 ans.	Imbécillité.	Réclamée par sa famille, le 5 janvier, amélioration légère.
Maill..................	17 ans.	Imbécillité.	Réclamée par sa famille, le 7 janvier, amélioration.
Lemai	4 ans.	Idiotie.	Réclamée par sa famille, le 10 février, même état.
Lefebv	10 ans.	Épilepsie.	Transférée à Auxerre, le 12 février, même état.
Magnonn...............	12 ans.	Arriération intellectuelle, imbécillité morale.	Réclamée par sa famille, le 20 avril, amélioration.
Arn....................	10 ans.	Épilepsie, chorée.	Réclamée par sa famille, le 20 avril, aggravation de l'épilepsie; guérison de la chorée.
Zèd....................	16 ans.	Imbécillité congénitale.	Réclamée par sa tante, le 18 mai, notablement améliorée.
Sib	12 ans.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Réclamée par sa mère, le 25 mai, amélioration.
Grene..................	13 a. 1/2.	Arriération intellectuelle.	Réclamée par sa mère, le 20 juin, très améliorée.

Mende	27 mois	Idiotie, épilepsie.	Réclamée par sa mère qui ne veut pas la laisser parmi des enfants arriérées sous prétexte que la sienne n'est pas aussi malade (22 juin).
Delcou	14 ans.	Imbécillité.	Réclamée par sa mère, le 30 juillet, même état.
Bordie	9 ans.	Idiotie d'origine congénitale par émotion et traumatisme pendant la grossesse.	Réclamée par sa mère, le 5 octobre, même état.
Cassigno	8 ans.	Imbécillité, épilepsie.	Réclamée par sa mère, le 5 octobre, même état.
Boulo	22 ans.	Imbécillité; affection cardiaque.	Transférée à la Salpêtrière, comme cardiaque le 7 octobre, très améliorée.
Della Jagom	8 ans.	Imbécillité.	Réclamée par sa mère, le 8 août, très améliorée.
Barb	20 ans.	Hystérie.	Réclamée par sa famille, le 19 octobre, très améliorée.
Guéd	15 ans.	Imbécillité.	Réclamée par sa famille, le 28 octobre, amélioration.
Hén	20 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif, le 30 octobre, même état.

Noms.	Age.	Nature de la maladie.	Causes de la sortie.
Roge	18 ans.	Épilepsie.	En congé, non rentrée, défalquée le 8 novembre; même état.
Poulai	13 ans.	Chorée avec affaiblissement intellectuel.	Réclamée par sa mère le 16 novembre, amélioration.
Ferr	9 ans.	Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale.	Réclamée par sa mère, 23 novembre amélioration.
Astie..................	8 ans.	Épilepsie.	Transférée à la Salpêtrière, 4 décembre, même état.
Ev..................	19 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif, le 15 décembre, amélioration.
Garni..................	18 ans.	Idiotie.	Transférée à Villejuif, le 15 décembre, même état.
Tribault. Chanba.......	18 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif, le 15 décembre, même état.
Siméo	8 ans	Idiotie, épilepsie.	Réclamée par sa mère, le 17 décembre, même état.

Section III. — Patronage des aliénés et des enfants arriérés. — Asile d'aliénés de Montpellier. — V^e asile de la Seine.

I.

Visite de M. Félix Faure, Président de la République, à Bicêtre : Patronage des aliénés et des enfants arriérés.

Le Président de la République a fait le 17 novembre, dans l'après-midi, une visite à l'hospice de Bicêtre. M. Barthou, ministre de l'Intérieur, accompagnait M. Félix Faure. M. Sauton, président du Conseil municipal, M. le Dr Dubois, président du Conseil général, MM. Cornet, Lucipia, Navarre, conseillers municipaux, M. Bruman, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, MM. F. Voisin, et Cléry, membres du Conseil de surveillance, MM. Gory, inspecteur, et Nielly chef de division, le corps médical de l'établissement : MM. Bourneville, Charpentier, Deny, Féré, P. Marie et Ricard, accompagnés de leurs internes ; M. Barthoud, pharmacien et ses internes ; M. le Dr Bouvet, dentiste, et le personnel administratif de la maison : M. Pinon, M. Lequeux, etc., ont reçu le Président de la République sous la porte monumentale qui se dresse à l'extrémité de l'avenue de Bicêtre et lui ont souhaité la bienvenue. Le directeur, M. Pinon, donne à M. Félix Faure des renseignements sur l'établissement qui comprend un hospice et un asile d'aliénés.

La visite commence par l'hospice dont le médecin, le Dr P. Marie, et le chirurgien, le Dr Ricard, font visiter les salles des Incurables et de l'Infirmerie générale. A la sortie de l'Infirmerie, les ouvrières de la buanderie

offrent un bouquet au Président. Les vieillards forment la haie dans les jardins et dans les couloirs. Avant de quitter l'Hospice, le Président de la République se rend aux cuisines où il se fait donner le menu et où il goûte le bouillon qui chauffe dans d'énormes cuves en cuivre.

«Le cortège nombreux, dit le *Temps*, traverse la division des aliénés, en particulier le service du Dr Deny. On aperçoit les misérables derrière les barreaux, auxquels ils s'accrochent en grappes pour assister au spectacle que nous leur donnons. Quelques-uns nous font de profonds saluts; d'autres clament, d'une voix qui vous fait frissonner, des souhaits. On hâte le pas pour sortir de cet enfer dans lequel est enfermé l'individu qui tira à blanc, un 14 juillet, sur M. Félix Faure allant à la revue de Longchamps.

« C'est au service des enfants, que dirige le Dr Bourneville, que le président de la République s'est le plus longtemps arrêté. Plus de 500 enfants y sont élevés. Cette population est composée d'épileptiques, d'idiots, de paralytiques et d'hystériques. On a fait venir les fillettes de la fondation Vallée, annexe de Bicêtre. Dans le gymnase, où est une estrade décorée de plantes et de drapeaux servant de cadre à un buste de la République, les enfants sont rangés. Une fanfare éclatante joue la *Marseillaise*, puis accompagne les mouvements d'assouplissement des élèves. Ils sont exécutés avec un ensemble parfait. Des danses gracieuses ont lieu ensuite aux sons du violon et d'une guitare dont jouent des aveugles. Un des enfants lit un compliment; une fillette et une surveillante offrent des bouquets.

« De là, on passe aux ateliers : menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, rempaillage, cordonnerie, couture. M. Félix Faure demande des explications détaillées sur le fonctionnement de ces ateliers et enfin s'informe de ce que deviennent les enfants parvenus à l'âge adulte.

« M. Bourneville lui donne tous les renseignements, et au sujet de la dernière question, il dit que les enfants devenus adultes (18 ans), s'ils sont encore malades, passent dant les autres sections d'aliénés; s'ils sont guéris

ou suffisamment améliorés, ils sont rendus à leur famille. Ces derniers auraient besoin d'aide, de secours, de surveillance. « Il rappelle, dit le *Temps*, que, depuis bientôt vingt ans, il a fait d'inutiles efforts pour faire constituer *définitivement* une *Société de Patronage* qui se donnerait la haute mission de surveiller et d'aider, non seulement les enfants devenus adultes, ayant quitté sa section, avec la possibilité de gagner leur vie par le travail, mais aussi, *tous les aliénés* qui sortent guéris ou améliorés de *tous les asiles* de la Seine. Le Président est frappé de ces doléances. Il promet de coopérer à cette œuvre et de la faire réussir; il s'inscrit pour 1.000 francs. »

Le Président traverse ensuite les réfectoires, les classes de la petite et de la grande école, la salle des bains et des douches, le musée scolaire, le musée anatomo-pathologique. Revenant au musée scolaire, il assiste aux chants de l'orphéon, composé des garçons de Bicêtre et des filles de la Fondation Vallée, et qui se termine par *la Marseillaise.* A la sortie du musée, il voit un pavillon de dortoirs et les *jardins* avoisinants, organisés en vue de l'enseignement par les *leçons de choses.*

On revient à la salle de gymnastique. Médecins, surveillants, surveillantes, infirmières' et infirmiers forment un cercle. M. Félix Faure leur adresse des encouragements et des félicitations:

« Vous avez ici des vieillards infirmes, des déchets de la vie, qui ne peuvent plus se défendre, qui n'ont plus d'autre espérance que de s'éteindre en paix. Je les ai interrogés et ils m'ont dit leur reconnaissance pour vos soins et votre dévouement. Vous avez des aliénés qui, eux, ne comprennent pas ce que vous faites pour eux. Vous n'avez donc pas à attendre d'eux la moindre gratitude et vous ne devez trouver que dans votre conscience le prix de vos devoirs. Enfin, vous élevez des enfants idiots; vous tentez de leur ouvrir leur intelligence rebelle et parfois vous y réussissez. Votre noble tâche vous mérite les remerciements du chef de l'Etat, qui est heureux de vous les donner, au nom de la Patrie que vous servez de la façon la plus utile et la plus haute. Merci, Messieurs ».

« Ce petit discours a été salué par des applaudissements

chaleureux. Avant de monter en voiture, M. Félix Faure a recommandé au Directeur de l'Assistance publique de se montrer prodigue envers l'hospice de Bicêtre. Il avait, au préalable, remis encore une somme de 1.000 francs pour l'hospice. » (Extrait du *Progrès médical*, 1897, t. VI, n° 47, p. 303).

II.

Asile public départemental d'aliénés de l'Hérault : Rapport des experts (1).

Le département de l'Hérault a mis au concours le projet de construction d'un asile départemental d'aliénés. A la suite de ce concours, le Conseil général de ce département et le préfet ont décidé qu'il y avait lieu de soumettre les différents projets des concurrents à l'examen d'une commission spéciale. Cette commission, dont nous faisions partie avec MM. Guadet et Raulin, a remis le rapport suivant que nous reproduisons dans notre Compte-rendu à titre de document.

L'AN mil huit cent quatre-vingt-seize et le treize Août,

NOUS, BOURNEVILLE, Médecin de l'Hospice de Bicêtre, membre de la Commission de surveillance des Asiles du département de la Seine, membre du Comité consultatif d'Hygiène publique de France ;

GUADET, Architecte du Gouvernement, Inspecteur-général des Bâtiments civils ;

RAULIN, Architecte du Gouvernement ;

Nous sommes réunis à Montpellier, en l'Hôtel de la Préfecture, à l'effet d'examiner les Projets exposés pour le concours en vue de la construction d'un Asile d'Aliénés à Montpellier.

(1) Dans le cours du rapport les projets sont désignés par leurs numéros de classement.

Après avoir pris connaissance du programme du concours tel qu'il résulte des pièces suivantes, lesquelles on été délivrées aux concurrents:

1° Conditions du concours ;

2° Procès-Verbaux des Délibérations du Conseil général (Session extraordinaire de juin 1895) ;

3° Plan du domaine avec ses nivellements.

Après avoir visité le terrain sur lequel doivent s'élever les constructions,

Avons étudié successivement chaque projet, tant au point de vue de sa valeur intrinsèque que de sa valeur relative, et en tenant compte des conditions d'économie et de convenance pratique de chacun d'eux, nous avons relevé sur chacun des notes au fur et à mesure de notre examen, afin de servir à la rédaction de notre Rapport, échangé nos observations, et enfin consigné notre avis unanime dans le Rapport dont la teneur suit.

Tout d'abord, il importe de faire remarquer que les conditions mêmes du difficile concours qui était ouvert, le temps assez restreint dont pouvaient disposer les concurrents, l'échelle nécessairement réduite des dessins ne pouvaient en aucun cas permettre d'espérer que ce concours pût produire un projet immédiatement réalisable et prêt à être exécuté sans modification. En réalité, nous nous trouvons en présence d'avant-projets, dans lesquels on doit chercher avant tout l'intelligence d'une disposition générale et des gages suffisants d'expérience ; mais il doit être bien entendu que le concurrent choisi, quel qu'il soit, aura à faire de nouvelles études, en serrant de près les questions multiples qui n'ont pu qu'être abordées dans un travail de premier jet, et en se concertant par une collaboration intime avec les autorités médicales et administratives compétentes et ayant qualité pour cet objet.

Sous cette réserve, et en prenant comme base de nos appréciations le programme remis aux concurrents, nous allons exposer, en résumé, les observations principales

auxquelles donnent lieu chaque projet, après quoi nous en proposerons le classement.

Projet N° 1

La disposition générale, en tant que placement respectif des grandes divisions, est admissible. Mais dans les données de cet ensemble, des observations sérieuses s'imposent.

Le bâtiment des services administratifs est, avec raison, placé près de l'entrée, mais le dégagement central est peu éclairé, et on ne trouve pas les parloirs nécessaires.

Lorsqu'on pénètre dans l'établissement même, nous devons signaler comme un inconvénient grave l'orientation contradictoire des préaux des divers pavillons, tant de l'asile que de la clinique et du pensionnat. Les uns sont exposés au Sud-Ouest et les autres au Nord-Est (approximativement); et, il en est naturellement de même des galeries d'abri contiguës à ces préaux. Si cette question est d'importance secondaire pour les salles et dortoirs, qui ont des fenêtres à deux expositions, il n'en est pas de même pour les locaux découverts, et il serait à craindre que ceux qui reçoivent directement le vent du Nord-Est, fussent souvent impraticables pour les malades.

Les services généraux, cuisine et dépendances, hydrothérapie, etc., paraissent combinés en vue de l'asile seulement, mais desserviraient difficilement la clinique. Le plan gagnerait à tous égards, si ces importants services étaient ramenés à l'emplacement qu'occupe la pharmacie.

Les bâtiments des *épileptiques* sont confondus avec le surplus de l'asile; le programme indiquait nettement cependant que l'*hospice des épileptiques*, traité en annexe, devait avoir une place et une disposition spéciales, ainsi que les nécessités du traitement l'exigent.

Le service mortuaire est tout-à-fait mal placé, très loin de la clinique, c'est-à-dire du département où se produi-

sent les plus nombreux décès, et dont l'enseignement réclame le facile accès des salles d'autopsie. Il est aussi très éloigné de la Chapelle, dont la position paralyse d'ailleurs un espace très important, et qui paraîtrait pouvoir être mieux placée par une interversion qui ramènerait les services généraux plus au centre de l'ensemble.

Dans l'étude des pavillons en général, on remarque trop d'avant-corps et de saillies, d'où résulterait une difficulté de surveillance, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Les services de sûreté pour les agités sont bien placés, mais la ferme se trouve bien voisine de celui des hommes. Cette ferme serait mieux placée vers l'angle aigu, au fond et à gauche des terrains de culture.

Sans entrer dans plus de détails, nous avons montré que ce projet soulève de nombreuses objections; mais il est loin d'être sans mérite, et il convient de rendre justice à l'effort sérieux dont il témoigne de la part de son auteur, qui doit être certainement un architecte de valeur.

Projet N° 2

Nous n'avons pas à nous arrêter sur ce projet, qui doit évidemment être exclu du concours.

Il ne satisfait pas aux prescriptions obligatoires du programme, il ne produit pas de plan d'ensemble autre qu'un simple croquis de masse, et dans le détail des bâtiments, il ne fournit que des plans incomplets et des façades sans coupes correspondantes. Pour ces motifs, déjà, il ne saurait être conservé parmi les concurrents. D'ailleurs, dans le plan général qu'il présente ainsi seulement en masse, la disposition est difficilement saisissable et ne paraît en aucune façon répondre à une conception d'ensemble. Enfin, l'expérience architecturale, si nécessaire pour un travail de cette importance, semble faire défaut à l'auteur.

Il nous paraît donc impossible à tous égards que ce projet puisse être retenu.

Projet N° 3

Si ce projet laisse à désirer, comme nous l'expliquerons ci-après, au point de vue de la disposition générale, nous devons tout d'abord cependant constater qu'il témoigne chez son auteur d'un grand soin d'étude et d'une conscience artistique, tout à l'honneur du concurrent.

Malheureusement, en adoptant le parti de placer son entrée non sur le Chemin de Grande communication de Ganges à la Mer, mais sur une avenue transversale qu'il crée, il s'est astreint à une disposition forcément en profondeur. C'était se créer une difficulté bien gratuite, et il en résulte des conditions d'éloignement inévitable entre des services pour lesquels la proximité s'imposerait.

Ainsi, il faut avoir parcouru plus de la moitié de la longueur du terrain, avant de rencontrer le bâtiment d'administration, placé au milieu même de l'établissement.

Le concierge ne pourrait rien surveiller et des rencontres auraient lieu à tout instant entre les personnes du dehors allant à l'administration et le personnel intérieur, ainsi que les malades eux-mêmes. Les parloirs sont encore plus éloignés. Or, ces divers services devraient être près de l'entrée.

Les terrains agricoles, dispersés d'ailleurs un peu partout dans le plan, sont, pour la plus grande partie, placés à l'entrée, le long de la route, et contribuent ainsi à l'éloignement signalé plus haut.

Pour l'orientation des préaux, nous aurions à présenter les mêmes observations que nous avons faites pour le Projet N° 1. Bien que la direction des bâtiments ne soit pas la même, par suite de la direction générale du plan, nous pensons que l'inconvénient signalé subsiste ici encore; nous n'y reviendrons donc pas.

La distance est aussi très grande entre le service des morts d'une part et la Chapelle d'autre part. Cet éloignement motive les mêmes critiques que pour le Projet N° 1.

Les deux quartiers d'épileptiques sont bien placés. Il en est de même des pavillons de cellules.

Nous croyons devoir revenir encore sur l'éloignement considérable des parloirs, placés tout-à-fait à l'intérieur de l'asile. Il convient, au contraire, de placer ces parloirs près de l'entrée, au voisinage du bâtiment d'administration, à proximité des Cabinets des Médecins. Dans le Projet de Montpellier, un argument plaide encore en faveur de cette opinion, c'est que les parloirs, mis à l'entrée de l'asile proprement dit, pourraient servir aux familles des malades de la clinique.

Enfin, la disposition adoptée pour l'axe de la composition comporte une symétrie complète entre des bâtiments qui seront construits sur la partie haute et plane du terrain, et ceux qui seront élevés sur la partie déclive. Ces derniers ne pourraient être constitués qu'à l'aide de remblais importants et de fondations profondes et par conséquent coûteuses.

Du reste l'auteur paraît n'avoir pas en lui-même une confiance entière dans les dispositions qu'il propose. puisqu'il a produit des variantes à petite échelle, dans lesquelles il place l'entrée sur la route. La variante intitulée Projet N° 2 présente, en germe, une disposition plus heureuse pour le groupement respectif de l'asile. de la clinique et du pensionnat. Il conserve, et avec raison, une partie des bâtiments et des arbres de la propriété dite Mas de Comte. Les parcours sont généralement moins longs. Toutefois, à côté de ces avantages, il y a encore de nombreux détails défectueux : les services administatifs sont trop loin de l'entrée, les préaux ont des orientations contradictoires, les services d'autopsie sont trop éloignés de la Clinique, etc.; en un mot, il subsiste dans cette variante une partie des inconvénients signalés dans le projet développé.

Mais nous tenons à signaler d'autre part dans ce projet l'étude généralement très sérieuse du détail des services.

Les groupes sont heureusement disposés en eux-mêmes, et spécialement le service de l'hydrothérapie est conçu avec logique et dans un sens très pratique.

En résumé, si ce projet ne donne pas une solution sa-

tisfaisante d'ensemble, il s'y trouve d'heureux éléments de dispositions partielles, avec une étude sérieuse que nous avons déjà constatée.

Projet N° 4

Nous aurons le regret de ne pouvoir décerner les mêmes éloges au Projet N° 4. La disposition générale, assez malheureuse en elle-même, n'est pas compensée par la valeur de l'étude, et il est permis de supposer que l'auteur n'a pas l'expérience nécessaire pour l'étude et la direction d'une œuvre de cette importance.

La disposition générale est assez confuse et il y a peu d'aération. Mais, avant tout, un défaut capital de cette composition est la conception de deux Cliniques, ou d'une Clinique coupée en deux, alors que l'unité de ce service d'enseignement est une nécessité de premier ordre.

Le Pensionnat, peu accessible, est très éloigné de la surveillance médicale et administrative.

Les bâtiments de la ferme, placés au milieu du terrain de culture, divisent ce terrain en deux portions distinctes par le pensionnat.

Dans l'asile, les divers pavillons arrivent à se souder presque complètement par leurs angles, et il résulte, du léger intervalle qui les sépare, des issues d'autant plus rapides à la violence des vents. Les préaux sont d'ailleurs, en général, beaucoup trop petits et, en partie, mal circonscrits.

Nous pourrions relever d'autres défectuosités encore: le pavillon mortuaire placé trop près de l'un des bâtiments de malades (les Tranquilles, femmes) et, aussi trop éloigné de l'une des moitiés de la Clinique; les ateliers mal placés, qui devraient être plutôt à la postérieure du plan que sur le devant; l'absence de parloirs et de galeries, etc.

Si donc ce projet présente quelques dispositions judi-

cieuses, pour l'emplacement des services administratifs et généraux, les inconvénients très sérieux de la disposition générale amènent cependant à condamner sa composition. Quant aux détails, nous ne pouvons que répéter que le projet trahit un manque de maturité — sans doute une jeunesse — qui suffirait à justifier des craintes fondées sur le résultat, si l'auteur était chargé de la mission difficile qui incombera à l'architecte de l'établissement.

Projet N° 5

Avec le projet N° 5 nous arrivons au contraire à une disposition générale à peu de chose près satisfaisante dans ses grandes lignes, et dont quelques défectuosités, que nous signalerons plus loin, seraient évitées par des modifications faciles.

Le parti général de cette composition est original, et bien que son expression trahisse quelque hâte dans l'étude, nous pensons que la concentration des bâtiments dans la partie antérieure du terrain, laissant pour la culture la partie déclive du domaine, est une disposition judicieuse et à recommander.

Nous ajouterons même, bien que le programme ait autorisé les concurrents à faire table rase de tout ce qui existe dans le domaine, que cette disposition permet de conserver les arbres du parc du Mas de Comte ; or, ce petit parc possède de beaux arbres qu'il serait très intéressant de converser pour l'aspect général de l'établissement et pour le bien-être des malades qui pourront en jouir, surtout en attendant que les plantations qui seront faites aient atteint leur croissance normale. Pendant des années, ce sera le seul ombrage réel que puissse posséder l'établissement, et il nous paraît précieux de le conserver.

L'aspect général serait d'un bel effet, et la disposition est claire et facile ; les pavillons auraient une vue dégagée sur la campagne, et les préaux, dont l'orientation est uni-

forme, seraient dans des situations favorables au point de vue hygiénique.

Le bâtiment d'administration, bien placé et convenablement étudié, présente des parloirs bien conçus. Les bâtiments des services généraux sont également bien placés.

Nous signalerons enfin l'emplacement judicieux de la ferme à l'angle Sud du domaine, desservie directement par un accès sur le chemin de Montpellier à Grabels, laissant ainsi aux terrains de culture leur intégrité.

Ces diverses considérations sont suffisamment à l'éloge du projet sans que nous devions y insister longuement. Cependant, nous pensons qu'il y aurait avantage à retourner la composition en portant à gauche la plus grande partie de ce qui est à droite, et réciproquement. Voici pourquoi :

La ferme, heureusement placée, nous l'avons dit, se présente du côté du quartier des femmes ; il serait plus logique que le quartier des hommes fût de son côté.

Du reste, après que nous nous étions formé cette opinion par l'examen du projet, nous avons vu avec satisfaction que cette hypothèse était envisagée par l'auteur lui-même dans son mémoire descriptif, où il dit :

« ..... Un simple renversement du plan suffirait :
» l'Asile proprement dit, le quartier des hommes pren-
» drait la place du quartier des femmes, la Clinique se
» placerait au Pensionnat et réciproquement : une par-
» celle de terrain que l'on pourrait acquérir pour une som-
» me minime recevrait la Morgue et ses services, qui se-
» raient toujours placés à proximité de la clinique et sur
» la voie publique dans une situation isolée. »

Nous croyons devoir recommander cette variante.

Après avoir ainsi fait ressortir les qualités qui distinguent cette composition, de beaucoup la plus heureuse, nous avons à indiquer les défauts qui appelleraient des modifications, faciles d'ailleurs à réaliser.

Les cellules ou quartiers de sûreté sont trop près des pavillons et des services généraux. Nous conseillons de les éloigner au moyen d'une emprise sur les terrains de culture.

Dans le Pensionnat, les bâtiments affectés à la 2me classe (d'après les inscriptions du plan) et, en réalité, à la 1re classe, d'après le programme, sont compliqués et la disposition de cours intérieures comme préaux n'est pas à recommander.

Les *Villas* n'ont pas le caractère spécial que recommande le programme, qu'il serait d'ailleurs plus facile de leur assurer en profitant de l'irrégularité du terrain du côté droit.

Les bâtiments désignés sous la rubrique de *Pavillons agricoles* ne paraissent pas bien déterminés dans leur objet et devraient être étudiés en vue de leur destination spéciale: ateliers pour hommes, buanderie, etc., pour les femmes.

Le service d'Hydrothérapie est un peu compliqué et des doubles emplois, dans les piscines notamment, crèent quelque exagération.

Ce sont là des questions d'étude, dont on peut faire crédit à l'auteur du projet, car sa composition donne assez de gages d'intelligence et de maturité pour qu'on puisse avoir confiance dans le résultat ultérieur de ses travaux.

Nous ajouterons enfin que la condensation des bâtiments, dans un espace relativement restreint, sera une cause d'économie, non seulement dans la construction, mais dans l'exploitation de l'établissement, et si—comme nous le pensons—il doit être prévu des portiques d'abri pour les transports et les circulations, ils pourront être établis plus économiquement dans un projet qui restreint les distances entre les différents point à relier entre eux.

En résumé, sous la réserve des modifications ci-dessus indiquées, ce projet présente une disposition heureuse et pourra donner une solution très recommandable du programme.

Après avoir examiné les divers projets, il nous reste à dégager les conclusions de cet examen, en affirmant de nouveau notre unanimité.

Au premier rang et sans conteste nous plaçons le Projet N° 5 ;

Pour le deuxième rang, nous pensons que le Projet N° 3 doit être préféré;

Enfin, le Projet N° 1 doit obtenir le troisième rang.

Les considérations qui, précèdent motivent suffisamment ces propositions, sans qu'il soit besoin de répéter ici ces motifs.

Enfin, nous pensons que tant au point de vue de l'intelligence du programme et des nécessités spéciales de ce genre d'édifices, que de la maturité artistique et de l'expérience, le Projet N° 5 présente des garanties suffisantes pour que l'étude définitive et l'exécution puissent être confiées à son auteur.

BOURNEVILLE. J. GUADET.

G. RAULIN.

Nous ne croirions pas avoir complétement satisfait à notre mission, si nous n'indiquions brièvement quelques conseils, qu'autorisera sans doute notre expérience personnelle, en vue de la préparation du projet définitif.

L'Asile projeté par le département de l'Hérault présente deux innovations qui le différencient avantageusement des Asiles existants et lui donnent un caractère tout particulier.

Nous voulons parler de l'adjonction à l'Asile proprement dit et au Pensionnat, qu'on trouve déjà réunis dans beaucoup d'Asiles: 1° d'une organisation complète et installée spécialement pour l'*enseignement des maladies mentales*, en un mot une *clinique*, et 2° d'un petit *Hôpital d'épileptiques*.

Aucune organisation analogue pour l'*enseignement* ne se rencontre dans les Asiles situés dans le voisinage des facultés de médecine où se fait l'enseignement clinique de l'aliénation mentale. Et cela s'applique même à Paris où l'on a donné à la Clinique des bâtiments constituant des quartiers ordinaires et qui n'avaient nullement été faits en vue de l'affectation qu'on leur a donnée.

L'*Hôpital des épileptiques*, fait aussi spécialement pour eux, constitue un second progrès. Il tient à la fois de l'hô-

pital ordinaire, puisque les épileptiques pourront y entrer et en sortir librement — sauf en cas de danger — et de l'asile d'aliénés.

Placé auprès de l'asile et de la Clinique, l'*Hôpital d'épileptiques* trouvera dans l'un et l'autre une aide indispensable, soit pour les épileptiques atteints de maladies intercurrentes (infirmeries), soit pour les épileptiques atteints de folie, avant ou après leurs crises convulsives, ou d'accès psychiques (cellules); soit enfin pour les épileptiques atteints de démence.

Il va de soi que, la maladie intercurrente guérie ou les troubles intellectuels disparus, l'épileptique sera réintégré dans son hôpital.

En ce qui concerne l'Asile proprement dit, nous nous permettrons d'appeler l'attention sur les points suivants:

1° Les *murs de clôture* doivent avoir leur chaperon arrondi pour éviter qu'on puisse y jeter des crochets en vue d'évasion; ils doivent être peu élevés et laisser voir la campagne;

2° Les *sauts de loup* doivent être à pente très douce aussi bien dans les préaux des agités et des cellules que dans tous les autres préaux;

3° La prescription de la loi du 30 juin 1838, les circulaires et les réglements qui s'y rapportent exigent la résidence pour les Médecins. La question de *construction d'habitations* pour eux se posera. Alors, il serait préférable d'avoir des *pavillons spéciaux*, comme à Châlons-sur-Marne, à Maréville, à Villejuif, etc.;

4° Les *parloirs pour les familles*, qui viennent visiter leurs malades, doivent être vastes, placés dans le bâtiment d'administration, ou contigus, afin d'éviter la pénétration des visiteurs dans l'Asile et de les mettre à la portée des Médecins et des bureaux;

5° Des *galeries* couvertes doivent réunir les différents quartiers entre eux et les mettre en communication avec les services généraux ;

6° En ce qui concerne les *dortoirs*, nous insisterons sur la nécessité de ne placer qu'un lit par trumeau, d'arrondir tous les angles, de les pourvoir de lavabos (et de

bidets du côté des femmes), de cabinets d'aisances, largement approvisionnés d'eau et où rien ne sera laissé à la disposition des malades;

7° Les *Services généraux* doivent être conçus amplement, de manière à faire face non seulement aux besoins actuels, mais à pouvoir supporter une augmentation modérée de population;

8° Partout les *portes*, les *couloirs* doivent être larges, plus que dans un hôpital ordinaire — afin d'éviter les collisions, les rixes entre les malades;

9° Il y aurait intérêt à prévoir une *bibliothèque* et une *salle de fête pour les malades*; — une *bibliothèque médicale*, un *Musée* (celui-ci pourrait être annexé au service des morts);

10° Enfin nous signalons la nécessité de doter cet ensemble d'établissements d'un *pavillon d'isolement pour les maladies infectieuses* auprès duquel pourrait être placée l'*étuve à désinfection*;

11° Il serait bon de fixer le *cube d'air* par lit à 30^{m3} au minimum, de l'augmenter dans le dortoir des gâteux, le service des agités, à l'infirmerie et aux contagieux;

12° Protéger l'Asile contre les constructions futures par une *zone d'isolement*;

13° Approprier les *cabinets d'aisance* suivant les quartiers. Appliquer de préférence le *tout à l'égout* avec *utilisation agricole et horticole des eaux usées.*

L'Asile de Montpellier — ville universitaire, cité scientifique — doit, suivant nous, être moins imparfait, mieux conçu que les Asiles actuels et, par conséquent, réaliser tous les progrès de l'hygiène moderne. Dans ce but, l'Architecte chargé de la construction pourrait visiter, non pas en vue d'imitations serviles, mais afin de s'éclairer, les Asiles de la Seine, les Asiles de la Seine-Inférieure, les derniers Asiles créés en France, et même quelques Asiles de l'étranger.

III.

Cinquième asile d'aliénés de la Seine, dit de la Maison Blanche (1).

L'idée dominante qui doit présider à la construction d'un nouvel asile, c'est, à notre avis, de faire mieux que ce qui existe. Le choix du site, celui des matériaux où l'architecte a la haute main et montre son bon goût, son art, contribuent à donner à l'asile un aspect agréable, écartant l'idée de la caserne ou de la prison.

Les *pavillons* et les *préaux* doivent être orientés de telle façon que les malades d'un pavillon, sans gêner ceux du pavillon voisin, aient toujours vue sur les campagnes environnantes où l'on doit veiller à ce qu'il ne s'établisse aucune industrie insalubre, aucun commerce incommode.

M. Morin-Goustiaux a eu comme première préoccupation, dans l'exécution du plan du V[e] asile de la Seine, de remplir ces conditions primordiales.

Le *remplacement des murs* par des *grillages* incurvés à leur partie supérieure et défendus par une haie d'arbustes non épineux, ce qui rendra inutile les saut-de-loup, écartera de l'esprit des malades l'impression de l'internement et leur assurera plus complètement la jouissance du paysage. Il s'agit là de l'application à un *asile d'adultes* du mode de clôture que nous avons choisi pour notre section d'*enfants* à Bicêtre. Nous pensons que l'expérience sera favorable à l'innovation tentée par M. Morin-Goustiaux.

---

(1) Préface placeé en tête de la notice de notre ami M. Morin-Goustiaux intitulée : *Construction du 5[e] asile d'aliénés de la Seine, dit de la Maison Blanche. Ville-Evrard.* M. Morin-Goustiaux dont le projet a été adopté à la suite du concours institué par le Conseil général de la Seine, a été chargé de la construction.

L'heureux aménagement de ses *pavillons* avec de *larges issues* et de *vastes salles de réunion*, embrassant l'horizon, le soin pris de remplacer partout les angles aigus des murs par des bords convexes jusqu'à hauteur d'homme, d'arrondir les angles intérieurs des divers locaux, la disposition d'*un seul lit par trumeau*, la préférence accordée aux *fenêtres à carreaux étroits* et à petits bois solides, ce qui supprime les barreaux et les grillages (1) ; les *cages d'escaliers* sans vides, avec mains courantes à gorge ; — l'installation de *cabinets d'aisances* (avec le *tout à l'égout* et *l'utilisation agricole* et *horticole*), répondant aux exigences actuelles de l'hygiène, non seulement à l'*extérieur* dans les préaux, mais encore à l'*intérieur* des habitations de nuit — installation qui manquait originellement dans quelques-uns de nos asiles et qu'on a faite dans ces derniers temps, qui fait défaut dans beaucoup d'asiles de province où fonctionnent, toujours les chaises percées et les baquets nocturnes, foyers d'infection, motifs de discussions entre les malades eux-mêmes, entre eux et les infirmiers ou infirmières ; — l'*encastrement*, dans l'épaisseur des murs, des *décrottoirs* et des *lanternes d'éclairage* des dortoirs ; l'*ennichement des fontaines* des préaux, également dans l'épaisseur des murs ; — la précaution prise de ne laisser ni manettes, ni robinets d'eau ou de gaz à la disposition des malades ; — l'*éclairage à l'électricité* ; — un *abondant approvisionnement d'eau salubre* pour les usages quotidiens et en vue de l'*incendie* contre lequel toutes les précautions aujourd'hui connues seront prises ; — de vastes *parloirs*, pouvant être subdivisés, à l'usage des familles, — constituent autant de particularités qui distingueront le nouvel asile.

D'autres encore méritent d'être signalées : 1° La prévision d'un *pavillon d'isolement* pour les maladies infectieuses (avec étuve à désinfection), qui constitue un excel

(1) On ne doit pas oublier de prendre des mesures pour que les basses fenêtres, les soupiraux, auxquels des grillages et des barreaux peuvent être nécessaires, soient facilement ouvrables ou démontables afin d'en permettre le nettoyage.

lent moyen d'arrêter les épidémies au début, car lorsqu'une épidémie bat son plein, c'est l'un des pavillons tout entier de l'asile qui doit lui être consacrée (1) ; — 2° Des *cellules* uniquement à rez-de-chaussée, bien aménagées, en attendant, s'il y a lieu, ce que nous désirons, sans trop l'espérer, que le *traitement* par le *repos au lit* les rende inutiles ; — 3° Des *habitations distinctes pour le haut personnel médical et administratif* de l'asile, qui sont une condition d'indépendance pour les médecins et de bon ordre pour la maison ; — 4° Des *pavillons* indépendants des bâtiments des malades, pour le *personnel secondaire*, lui assurant, sa besogne accomplie, un repos complet, en dehors du mouvement et de l'agitation de l'asile, sans nuire à la sécurité des malades qui doit être garantie par un bon *service de jour* et un bon *service de nuit*. L'une des principales conditions d'un service parfait — et aussi d'un meilleur recrutement — c'est de faire que le personnel supérieur, aussi bien que le personnel subalterne aime son asile, s'y plaise, s'y attache. Dans ce but, une administration habile, intelligente, comme l'est celle de la Seine, doit s'efforcer de donner aux uns et aux autres tout le confort possible, en imitant, — nous n'osons dire en dépassant — ce qui a été fait de mieux à cet égard dans les meilleurs asiles.

De même que l'asile de Villejuif, le nouvel asile ne comporte *pas de chapelle*. Les besoins du culte seront satisfaits par l'église paroissiale. L'économie considérable, réalisée de ce fait, permettra de doter l'asile de *services scientifiques* et d'imiter, de loin, ce qui existe dans les principaux asiles des Etats-Unis.

Il va de soi aussi que M. Morin-Goustiaux apportera à la fabrication du mobilier le même soin que dans l'exécution de la partie architecturale proprement dite ; qu'il évitera les moulures, les ornements inutiles, les angles,

(1) Pour le plus grand bénéfice des malades et de tout le monde, le nombre des pavillons de ce genre augmente d'année en année. L'an dernier nous avons visité celui de Nancy, celui de Rennes en construction et cette année, celui de Bourges, également en voie de construction. Il est à regretter que le Comité consultatif d'hygiène publique de France n'ait pas tracé le programme des installations de ce genre.

occasion de tant d'accidents, en un mot, qu'il fournira à 'lasile un véritable *mobilier hygiénique*.

Ce rapide exposé, où nous avons essayé de préciser les points qui donnent une réelle originalité au plan de M. Morin-Goustiaux, au moins par rapport aux asiles français, montre qu'il n'a pas hésité à s'inspirer des conseils que l'expérience autorise les médecins de donner et qu'il n'a pas eu le vain amour-propre de tout sacrifier aux préoccupations architecturales. Approprier les constructions à leur but, tel doit être le rôle d'un architecte vraiment habile, soucieux de sa réputation. M. Morin-Goustiaux l'a compris et tous ceux qui n'ont pas d'autre souci que l'intérêt supérieur des malades l'en féliciteront. C'est parce qu'il s'est intimement pénétré de ces idées médicales et qu'il en a tenu compte que la majorité du jury et nous, en particulier, avons placé son projet au premier rang.

L'asile est un moyen de traitement ; c'est un instrument médical. Aussi y aurait-il avantage à un contact constant — le gros œuvre achevé — entre l'architecte et un médecin compétent. Pour tous les détails d'organisation intérieure, d'ameublement, l'échange d'idées eutre eux ne saurait qu'être fructueux.

Souhaitons que nulle influence ne vienne supprimer l'un quelconque des organismes qui doivent faire du futur asile — malgré le chiffre exagéré de sa population (1) — un tout harmonieux et qui pourra être montré avec honneur aux visiteurs de l'Exposition universelle de 1900, médecins, architectes et administrateurs. (Avril 1897.)

---

(1) Avec Esquirol, Ferrus, Parchappe, Conolly, etc., etc., nous préférons les asiles de 500 malades (voir notre *Rapport sur la construction d'un V*e *asile dans le département de la Seine*, p. 12 et suivantes.)

I.

Le Conscrit de Bicêtre. — Polémique de presse : Question au Conseil général ;

PAR BOURNEVILLE.

Malgré l'intensité exceptionnelle de l'*hérédité* dans sa famille et l'accumulation de l'*alcoolisme*, nous n'aurions peut-être jamais publié, au moins en détails, l'observation de Gin... si, tout récemment, il n'avait été le point de départ d'une *polémique* de presse aussi remarquable par ses violences de langage que par ses erreurs, et, quelques jours plus tard, au Conseil général de la Seine, d'une question de M. CAPLAIN, à M. le Préfet de police. Avant de soumettre à nos lecteurs nos réflexions et sur la *polémique* et sur la *question*, nous estimons qu'il convient de faire connaître le malade.

§ I. Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts.

SOMMAIRE. — *Père rhumatisant, alcoolique* (absinthe), *violent, condamnations multiples pour rixes. — Grand-père paternel ivrogne, très violent. — Grand'mère paternelle, indisciplinée et débauchée dans sa jeunesse, placée en correction dans un couvent jusqu'à 18 ans, coléreuse, morte d'un cancer de la matrice. — Deux oncles paternels alcooliques. — Cousin déséquilibré et assassin.*

Mère, d'une intelligence restreinte, strabique, bègue, coléreuse. — Grand-père maternel, rhumatisant, nerveux, bègue, très violent, alcoolique. — Grand'mère maternelle, mauvais caractère, sournoise, menteuse, strabique, bègue.

— Arrière-grand'mère, caractère méchant. — Autre arrière grand'mère, ivrognesse. — Cousin, fugues, vagabondage, aliéné (?). — Cousine prostituée. — Cousin et cousine voleurs ; celle-ci, de plus, débauchée. — Autre cousine débile et débauchée. — Deux grands-oncles et une sœur morts de la poitrine. — Oncle alcoolique. — Tante alcoolique et prostituée. — Autre tante, cancer de l'utérus.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans.

Enfant naturel. — Conception probable durant l'ivresse. — Grossesse : chute d'un second étage au sixième mois ; ennuis, tendance au sommeil. — Rien de particulier à l'accouchement et à la naissance. — Début de la parole à 18 mois. — Dentition complète à la même époque. — Fracture de la cuisse droite à 22 mois. — Bégaiement à 4 ans après une émotion vive. — Début de la marche à 15 mois. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 12 ans. — Rougeole à 3 ans, rubéole à 5 ans. — Kleptomanie à partir de 6 ans. — Fugues très fréquentes. — Mauvais instincts. — Violences envers les enfants. — Paresse. — Écolage très médiocre.

1893. — *Tentative d'évasion. — Onanisme probable.*

1894. — *Pédérastie. — Bestialité.*

Marche du développement physique et intellectuel. — Enseignement professionnel. — Amélioration. — Passage aux adultes (fév. 1895).

1897. — *Situation actuelle de Gin...*

G... (Auguste), né à Orléans, le 13 octobre 1876, est entré dans mon service de Bicêtre le 24 septembre 1891.

Antécédents. (*Renseignements fournis par la mère* le 17 octobre 1891). — G... est un *enfant naturel* qui a été reconnu par le mari alors qu'il avait 18 mois.

Père, encore vivant, est âgé de 37 ans, homme de peine dans les usines, très rhumatisant : c'est un *alcoolique* renforcé, buvant jusqu'à 10 et 12 verres d'absinthe dans un jour ; il fume quotidiennement 25 à 30 cent. de tabac. Il est violent, coléreux, batailleur. Il inventait les moindres prétextes pour se battre. Aussi « faisait-il à chaque instant 4 mois, 6 mois », c'est-à-dire de la prison, à Orléans. Il sortait de prison quand il a connu la mère de l'enfant, qui habitait avec ses parents l'appartement voisin du sien. Il a eu des rapports avec elle pendant 18 mois, à l'insu des parents. Ils devaient se marier, mais les parents rompirent les engagements, du côté de la mère, parce que l'amant allait trop souvent en prison ; du

côté de l'amant, parce qu'on voulait lui faire épouser une cousine qui avait de l'argent. Il s'est marié, en effet, avec celle-ci. Rapidement veuf, grâce aux mauvais traitements qu'il lui faisait subir, il vit aujourd'hui maritalement avec une autre femme. — [*Père*, boulanger, violent, « bête brute ». *ivrogne* incorrigible, « on le trouvait ivre-mort dans tous les coins de la ville »; mort d'un refroidissement. — *Mère*, grande et belle femme, méchante, s'encolérant pour un rien, « morte d'un *ulcère de la matrice* ». Dans sa jeunesse, elle était mauvaise tête, débauchée, et ses parents, pour la corriger la placèrent dans un couvent où elle resta jusqu'à 18 ans. A sa sortie, elle se prostitua de nouveau et eut un enfant. Puis, elle se maria et, depuis, sa conduite aurait été régulière. — *Grand-père* et *mère paternels*, *grand-père maternel*, pas de renseignements. — *Grand'mère maternelle*, 84 ans, encore vigoureuse et continuant à exercer son métier de matelassière. — Trois *frères* : le premier, bien portant, sobre, n'a pas d'enfants; le second, petit, chétif est un *ivrogne* renforcé ; — le troisième, messager, *alcoolique*, s'est tué, étant ivre, en tombant de sa voiture. — Une *sœur* est atteinte d'un *cancer de l'utérus*. — Un *cousin*, déséquilibré, a commis une *tentative d'assassinat* relatée ainsi qu'il suit dans le *Républicain Orléanais* :

« Une tentative d'assassinat vient d'être commise sur la personne du docteur Gircourt, conseiller général de Neuville-aux-Bois. Il revenait de la chasse à la tombée de la nuit, quand il fut rejoint tout à coup par un journalier, nommé A... (le nom est mis en toutes lettres dans le journal) qui, sans provocation, se jeta sur M. Gircourt. Bien qu'attaqué à l'improviste et assez grièvement blessé, ce dernier a pu échapper à l'assassin en le menaçant de son fusil de chasse. L'individu a été arrêté, mais on croit qu'on se trouve en présence d'un déséquilibré. Les blessures de M. Gircourt, quoique graves, ne mettent pas sa vie en danger. »

Dans le reste de sa famille on ne connait pas d'autres cas de maladies mentales.

Mère, d'une intelligence médiocre, *strabique* de naissance, n'a jamais eu de convulsions, ni de maladies de peau, ni de migraines, etc. De son propre aveu, elle est méchante, coléreuse et s'emporte pour des futilités. — [*Père*, laboureur, *alcoolique* (vin), très sujet aux rhumatismes, *bègue* à un degré prononcé, coléreux, violent, frappait ses enfants, sa femme qu'il a failli tuer « un jour qu'elle l'obstinait ». Il est mort d'une maladie de cœur. — *Mère*, 62 ans, *strabique* et *bègue*,

caractère mauvais, boudeur, en dessous, « menteuse au-delà de toute comparaison ».— *Grands-pères paternel et maternel*, pas de détails. — *Grand'mère paternelle*, *ivrognesse :* « ils buvaient tous dans sa famille. » — *Grand'mère maternelle*, « méchante au possible, » morte à 72 ans, on ne sait de quoi. Elle avait eu 14 enfants. — Une *tante paternelle* a eu : 1° un fils qui faisait des fugues. Arrêté comme vagabond, on l'a mis à la colonie de Mettray où il est mort peu après. Les médecins auraient dit qu'il était *fou* ; — 2° une fille *débauchée*, qui a fini dans une maison de prostitution ; — 3° et 4° un autre fils arrêté récemment à Blois avec une autre sœur, pour *vol* ; celle-ci est en outre *coureuse* ; — 5° une dernière fille qui est comme *imbécile*, domestique ; « elle rapporte tous les ans un enfant à sa mère. » Deux *oncles paternels*, sobres, morts de la poitrine. — Une *sœur* morte jeune de la poitrine. — Un *frère*, 28 ans, bien portant, *alcoolique*, boit beaucoup d'absinthe ; il a trois enfants qui seraient en bonne santé. — On ne connaît rien de plus à signaler dans la famille.]

Pas de consanguinité. (Père d'Orléans, mère de Blois). — Inégalité d'âge de 2 ans.

Notre malade. — Les détails donnés par la mère rendent très probable la *conception* durant l'ivresse. — *Grossesse* troublée par une chute d'un second étage au sixième mois, sans accidents consécutifs et, tout le temps par une tendance invincible au sommeil et l'ennui d'être enceinte : « Ma mère, bonasse, ne s'en est aperçue qu'au quatrième mois en voyant que mes règles ne venaient pas. » Ni constriction du ventre, ni tentatives d'avortement, ni alcoolisme. — *Accouchement* naturel, à terme. — *A la naissance*, pas d'asphyxie ; l'enfant pesait 3 k. 750. — Allaité pendant six semaines par sa mère qui se plaça alors comme nourrice et le confia à sa grand'mère maternelle qui l'éleva au biberon (lait de vache). Sa mère l'a repris avec elle, à 18 mois, quand elle s'est mariée avec G... qui l'a adopté. — Début de la *marche* à 15 mois, de la *parole* à 18 mois, époque où il a eu toutes ses dents. Il a uriné au lit jusqu'à 12 ans. — *Fracture* de la cuisse droite à 22 mois, qui a nécessité le séjour au lit pendant six mois. *Rougeole* à 3 ans, *rubéole* à 5 ans. Elle attribue l'état de son enfant à une *peur* occasionnée par une scène avec son mari qui, un soir, rentrant ivre d'absinthe, ce qui lui arrivait souvent, la menaça de la tuer. Elle se sauva chez sa mère, laissant son enfant avec son beau-père. Le lendemain elle trouva son enfant avec une contusion de la joue et pensa que son mari l'avait battu. Tandis que, auparavant, il parlait bien, peu après

il se mit à *bégayer* et l'*intelligence diminua*. Peut-être avait-il eu des convulsions la nuit où il fut battu. Avant ni depuis, elle n'en a pas observé. Mis à l'école, le maître a constaté qu'il n'avait pas l'intelligence des enfants de son âge. Il apprenait difficilement.

Vers 5 ou 6 ans, il a commencé à *voler*. Il volait sa mère, les marchands du voisinage, prenait de l'argent, des jouets, des friandises. Il s'est sauvé de la maison une cinquantaine de fois, rentrait dans la nuit. Il aimait beaucoup l'eau. A Orléans, il était « toujours fourré dans la Loire ».

Il ne se plaisait qu'à faire le mal. Il battait les enfants plus jeunes que lui et, une fois, en blessa un grièvement, tous les concierges de sa rue le connaissaient à cause de ses méfaits. Le soir, il s'amusait à tirer les cordons de sonnette des maisons. Un jour il attacha un chat par la queue à un cordon de sonnette, le concierge l'attrapa et le corrigea manuellement. Sa mère avait sans cesse des ennuis avec les voisins. Dès qu'il n'était plus surveillé, il jouait de mauvais tours dans lesquels il montrait une grande habileté. Il démontait les pendules, par exemple. Il persistait dans ses vilaines actions, malgré les corrections maternelles. Mis en apprentissage chez un cordonnier, il fut congédié au bout de 15 jours parce qu'il l'avait volé et lui avait brisé une machine à coudre. Un oncle par alliance, cordonnier, le garda quelque temps, mais fut aussi obligé de le remettre à sa mère à cause de ses méfaits continuels.

En juillet 1891, on l'envoya faire une commission rue de Rennes, il ouvrit le compteur à gaz. Quelques jours après, il fut surpris au moment où il s'apprêtait à recommencer. C'est alors que sa mère se demanda s'il n'était pas malade et le conduisit à l'Asile clinique où on lui dit que son enfant était déséquilibré et qu'on lui conseillait de le placer.

Description du malade (9 décembre 1891). — La *peau* est pâle, le *corps* maigre, la *physionomie* a une expression désagréable, sournoise.

La *tête* est aplatie légèrement du côté gauche surtout en avant. La bosse pariétale gauche est néanmoins plus proéminente. La *région occipitale* est très saillante avec un méplat au-dessus.

Les *cheveux*, abondants, d'un blond foncé, offrent deux tourbillons et empiètent beaucoup sur le front et sur les tempes qu'ils recouvrent presque complètement. Le front est étroit, bas (4 cent. $^1/_2$) ; il est rendu encore plus bas par l'habitude qu'a prise l'enfant de plisser la peau dans le sens

horizontal. — Les arcades sourcilières sont déprimées. — Les sourcils blonds, peu fournis, ont une direction horizontale. — Les *paupières* sont bleuâtres, les fentes palpébrales régulières; les cils, plutôt noirs, sont longs et nombreux; les pupilles sont normales; l'iris a une couleur bleu pâle. — Le *nez* est droit avec une saillie des os propres formant bosse, les narines sont petites, peu écartées. L'*odorat* semble normal. — Les *pommettes* sont peu accusées.

La *bouche* est assez petite; les lèvres sont peu volumineuses. — Les différentes parties de la bouche n'ont rien de particulier. Le *goût* est intact. — Le *menton*, court, légèrement fuyant, présente une fossette assez profonde. — Les *oreilles* sont petites, très détachées de la tête; leur lobule est court, et non adhérent, à droite, court mais adhérent à gauche. L'ensemble du visage est légèrement aplati du côté gauche et la moitié correspondante du front est moins haute.

Dentition. — Mâchoire supérieure: 13 dents contiguës, mal rangées, de forme irrégulière. Canine gauche très saillante; canine droite à peine sortie, mais à sa place. — Mâchoire inférieure: 14 dents contiguës, serrées même et irrégulièrement rangées en avant; de bonne qualité. — Articulation très près du type normal. Léger défaut d'entrecroisement des dents en avant. — Gencives en bon état.

Le *cou* est un peu maigre (28 cent.). — La *poitrine* est régulière, mais un peu étroite par rapport à l'âge de l'enfant. — L'*abdomen* et le *bassin* sont normaux. — Rien de notable à l'auscultation des *poumons* et du *cœur*. — Les différentes *fonctions* s'accomplissent naturellement.

Organes génitaux. — La *verge* a une longueur de 5 cent. et une circonférence de 6 cent. Le *prépuce* est long, le gland découvrable. Les *testicules* occupent un scrotum rétracté et pâle; ils ont la dimension d'un petit œuf de pigeon et ne présentent aucune anomalie. De chaque côté de la racine du pénis, il y a un bouquet de quelques poils courts et presque blancs. Le pénil, les bourses, le périnée et l'anus sont glabres.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* bien conformés, maigres, sont recouverts sur leur face postéro-externe d'un duvet long et abondant, surtout les premiers. — La *sensibilité générale* paraît physiologique.

La *parole* n'est pas tout à fait normale. Lorsque l'enfant n'a qu'une courte réponse à faire, il n'y a aucune hésitation. Avant de prononcer les noms propres et les phrases un peu longues, il hésite un moment, mais sans émettre de son, il

ne fait entendre qu'une sorte de petit sifflement, puis le nom ou la phrase part sans arrêt. Il n'y a pas de trouble quand on lui fait répéter une phrase. Il hésite toujours lorsqu'il doit composer la phrase (*bégaiement*).

Marche de la maladie. *Novembre.* — G... a pris une part active avec deux de ses camarades à la démolition du mur d'un hangar.

G... lit assez couramment et commence à faire des dictées de mots usuels. Son écriture est passable, un peu lourde. — Il fait assez bien des additions et des soustractions simples, mais mal la multiplication. — Il connaît la division du temps, les couleurs et la forme des objets. — Il est assez attentif au travail, met de la bonne volonté à la gymnastique. Son caractère est plutôt gai, quoiqu'un peu taquin. La propreté et la conduite laissent parfois à désirer.

Traitement. — École, exercices de prononciation, gymnastique, atelier de cordonnerie, hydrothérapie.

1892. *Janvier.* — Excoriation au-dessous de la commissure labiale, avec adénite sous-maxillaire. Guérison en quelques jours. — G... ne bégaie plus. Les réponses sont nettes et correctes. — Même traitement.

Juin. — G... s'est amélioré à quelques égards. Il lit couramment et sans bégayer. Il répond convenablement aux questions qu'on lui pose. Il fait des dictées mais avec beaucoup de fautes et de petits problèmes sur les deux premières opérations. La mémoire est bonne. La tenue est défectueuse ; G... a souvent la figure et les mains sales ; il se roule dans le sable de la cour et déchire parfois ses vêtements. Il travaille assez bien à la gymnastique. La danse, l'escrime et le chant sont faibles. — A l'atelier, il se montre plus paresseux qu'à l'école ; il a cependant appris à faire des ressemelages.

Puberté. — Duvet assez fourni et assez long sur les joues ; poitrine glabre. Quelques poils fins, disséminés à la partie inférieure du pénil. Verge, 7 sur 7. Pas de changement des testicules, le gauche est plus descendu que le droit. Région anale normale ; poils rares.

Décembre. — G... bégaie de temps en temps. Il commence à faire assez bien la multiplication ; il apprend des fables. Il est plus attentif et plus courageux, très joueur, assez bon camarade. La tenue est mauvaise. Il exécute convenablement tous les exercices de gymnastique. — A l'atelier il demeure stationnaire.

1893. *Janvier.* — *Puberté* : Pas de changement appréciable.

18 *mars.* — Tentative d'évasion avec quatre de ses camarades. G... avait dérobé un tranchet à l'atelier de cordonnerie, et il se proposait « de le flanquer dans la panse de celui qui essaierait de l'arrêter ».

Juin. — Légers progrès à l'école. G... fait des problèmes simples sur les trois premières opérations. Il gagnerait davantage s'il n'était pas toujours paresseux. Il exécute bien tous les exercices de gymnastique. A l'atelier, il fabrique à peu près seul les souliers.

1894. *Janvier.* — Mêmes notes scolaires. — Même état de la *puberté.*

Juillet. — Amélioration au point de vue de la conduite et de la tenue. Reste stationnaire à l'école. Est devenu l'un des apprentis cordonniers.

Octobre. — G... s'est cogné violemment, en jouant, le nez contre un arbre et s'est fait une plaie qui a laissé une cicatrice verticale de plus d'un centimètre.

Décembre. — Le *bégaiement* reparaît par périodes à un degré assez prononcé. — G... qui nettoie le poulailler du surveillant a été surpris au moment où il était en train de *sodomiser* une poule.

1895. *Janvier.* — *Puberté.* Léger duvet sur la lèvre supérieure. — Quelques poils sur les joues. Incurvation sur la gauche de la verge qui mesure 75 mm. de longueur sur 8 cent. de circonférence. Testicules de la dimension d'un petit œuf de pigeon. Poils châtains peu nombreux sur la partie inférieure du pénil, plus nombreux au périnée et à l'anus, qui est légèrement infundibuliforme, dont la marge est rouge, et les plis effacés (?). — G... a été surpris, le 2 janvier, par un nfirmier, alors qu'il se livrait à la pédérastie active sur un de ses camarades.

23 *février.* — G..., ayant dépassé 18 ans et offrant un développement physique suffisant, passe à la 2e section (aliénés adultes, service de M. le Dr DENY).

1897. *Juin.* — A la suite des incidents de presse auxquels nous avons fait allusion et sur lesquels nous allons revenir, notre collègue, M. le Dr DENY, a consenti à nous laisser revoir notre ancien malade. La *taille* a augmenté (voir le tableau). Le *tronc* et la *tête* se sont développés, ainsi que cela ressort des mensurations ci-après, pour le tronc, et celles relevées au tableau de la *tête.*

Circonférence de la poitrine à l'expiration au niveau des aisselles	80.5
Circonférence de la poitrine à l'expiration au niveau des mamelons	76
Circonférence de la poitrine à l'expiration au niveau de l'ombilic	61.5

Dentition. — *Mâchoire supérieure.* Même état que précédemment. Les dents sont restées en bon état ; deux nouvelles molaires (dents de sagesse) sont en voie d'éruption ; leurs couronnes sortent en grande partie des gencives, ce qui porte à la mâchoire *supérieure* le nombre de dents à 15. — La seule modification survenue dans son état, depuis la première observation, est la disparition des deux premières molaires dont l'une a seulement sa couronne fracturée : la molaire correspondante a été extraite. Les troisièmes molaires (dents de sagesse) sont comme à la mâchoire inférieure en pleine période d'éruption.

Puberté. — Poils bruns, courts et peu abondants sur les parties latérales des joues ; poils châtains et peu fournis sur les parties latérales et inférieures du menton. Moustaches assez bien dessinées, petites, à poils courts. Thorax et abdomen glabres. Quelques poils courts et frisés sous les aisselles. Fin duvet sur la partie postérieure des bras et des avant-bras. Membres inférieurs glabres. Poils bruns, abondants. frisés, peu longs au niveau du pénil sur une largeur de 8 cent. et une hauteur de 4 cent. — Verge 10 cent. sur 11, par conséquent très développée. Testicules de la grosseur d'un petit œuf de poule. Gland en partie découvert. Poils assez abondants au périnée et à l'anus, qui s'ouvre facilement, dont la marge est un peu rouge et les plis peu nombreux.

Le *visage* est maigre, les yeux cernés, la physionomie toujours un peu sournoise et ne dénotant qu'une faible intelligence. La *voix* est un peu voilée. La *parole* est libre en général, parfois cependant le *bégaiement* reparait « surtout par les changements de temps » ou quand G... est « émotionné ou interrogé à l'improviste ». G... travaille à l'atelier de cordonnerie de l'hospice et se fait par mois jusqu'à 35 fr., ce qui est une somme assez forte, étant donné que le travail est environ moitié moins payé qu'au dehors. Par intermittences, sans aucun motif, il cesse d'aller pendant quelques jours à l'atelier. (Il en était de même lorsqu'il était dans notre section). Il y a un mois, il est allé de l'atelier à la cantine de l'hospice où, après avoir bu les 25 centilitres de vin qui est toléré pour les malades travailleurs, il a bu, en outre, trois bouteilles de bière et fumé deux cigares (il est grand fumeur). On l'a ramené dans son service, *ivre-mort*. De ce fait, il a

été consigné pour quelques jours. C'était la première fois qu'il s'était livré à de tels excès. — D'une façon générale, sa conduite est satisfaisante, il ne se dispute jamais avec les autres malades.

Il est doué d'initiative à un degré assez prononcé. Il aide le perruquier de sa section. Il organise de temps en temps des concerts avec quelques autres malades. Il remplit le rôle de régisseur. Sa troupe se compose d'un malade qui joue de l'orgue, de 5 ou 6 autres qui chantent ou récitent des poésies. Très habile de ses mains, c'est lui qui confectionne les drapeaux et les guirlandes de papier qui ornent la salle de concert. — Au point de vue sexuel, on ne croit pas qu'il se masturbe; son linge ne serait pas maculé. On n'a point remarqué de nouvelles tentatives de pédérastie.

G.. serait suffisamment habile et intelligent pour vivre au-dehors, *à la condition* que quelqu'un puisse l'aider dans une certaine mesure. Sa *mère*, étant domestique, ne peut certainement pas s'en occuper. Au commencement de cette année (1897), G... a été envoyé par M. Deny en *congé d'essai*. Sa mère l'a placé chez un cordonnier. Il y est resté trois semaines, mais comme il lui arrivait, ainsi qu'à Bicêtre, de suspendre son travail par intermittence, sa mère a été obligée de le ramener à l'hospice.

§ II. **Polémique de presse.**

Le *Rappel* du 15 juin, sous le titre : *Un cas intéressant*, s'exprimait ainsi :

« Un singulier cas s'est produit au Conseil de révision. Un nommé G..., appelé pour la seconde fois ne se présenta pas, mais le président du Conseil de révision lui donna lecture d'un certificat que lui avait adressé le directeur de Bicêtre. Ce certificat portait textuellement que G... (Auguste), entré à Bicêtre le 24 septembre 1891, présente un développement physique et intellectuel suffisant pour lui permettre de faire son service militaire... A la lecture de ce certificat M. Caplain, qui siègeait au Conseil en qualité de conseiller général de la Seine, se récria : « Comment, voilà un homme que l'on déclare sain d'esprit, assez pour faire son service militaire, et on le retient dans une maison de fous ; c'est une *véritable séquestration* ! »...

Après avoir donné quelques explications, recueilies

auprès de M. Pinon, directeur de Bicêtre, le *Rappel* termine ainsi :

« Enfin, il faudrait savoir si G... peut faire son service militaire, s'il peut se rendre seul au conseil de révision et pourquoi le directeur de Bicêtre lui adjoint-il un infirmier, même si cet infirmier est indispensable aux sorties de G... il nous parait difficile que G... soit soldat, car il n'est pas de coutume dans l'armée de donner un brosseur aux bleus (1). »

La *Petite République française* a intitulé son article : « *La séquestration d'un conscrit* ». Nous en citerons le commencement et la fin.

« Les histoires de *séquestration arbitraire* soulèvent généralement un sourire d'incrédulité. Il n'est pas possible qu'à notre époque de publicité, de libre contrôle, l'administration puisse maintenir dans ses *geôles* et pendant des années entières, des gens sains d'esprit, tant il y a de fous dehors qui ne trouvent pas de place dans les cabanons officiels !.....

« Avant-hier un conscrit nommé G..., manquant à l'appel, le président donne lecture d'un certificat du directeur de la prison... non, de l'hospice de Bicêtre, attestant que G... entré le 24 septembre 1891, présente un développement physique et intellectuel suffisant pour faire son service militaire. Presque six ans de séquestration arbitraire ! Le certificat est signé du médecin et du directeur. Quelle est donc la peine qu'on pourrait appliquer à ces misérables ? »

§ III. Question de M. Caplain sur un interné à Bicêtre reconnu apte au service militaire.

M. Caplain. — Messieurs, j'ai l'honneur de poser une question à M. le préfet de Police, que je pourrais peut-être aussi bien poser à M. le préfet de la Seine ou à M. le directeur des Affaires départementales ou peut-être mieux encore à M. le directeur de l'Assistance publique (Rires) (2).

---

(1) Tant qu'un malade est dans un service d'aliénés, il ne doit sortir qu'accompagné d'un parent ou d'un ami, autorisé par la famille qui en prend la responsabilité, ou d'un agent de l'administration. La sagesse de cette mesure (conforme aux règlements qui disent que les malades doivent être accompagnés dans leurs sorties) n'échappera à personne. Le directeur de Bicêtre s'est conformé aux règlements.

(2) En voulant faire de l'esprit, M. Caplain a fait preuve d'ignorance. G... ayant été *placé d'office*, c'est-à-dire par le préfet de police et étant maintenu par le préfet de police, c'est celui-ci seul qui devait être mis en cause.

Il s'agit d'un incident survenu au Conseil de révision. Il y a quelque quinze jours, un conscrit était appelé au Conseil de révision et ne se présentait pas. Il avait tiré au sort, mais n'avait pas répondu à une première convocation. — De la première à la deuxième convocation, l'autorité militaire s'était préoccupée de l'absent qu'elle avait recherché, et elle avait découvert qu'il était interné à Bicêtre.

A ce second appel de la révision, il fut produit un certificat médical, émanant de la 2e section de Bicêtre, et ayant par conséquent un caractère administratif, lequel déclarait que le sujet en question présentait un développement physique et intellectuel suffisant pour le service militaire. On fut étonné et qu'il fût interné s'il était apte au service militaire, et qu'il fût apte au service militaire tout en étant interné. Le Conseil de révision a donc fait venir le conscrit et là, après examen, un troisième docteur a émis une troisième opinion : conscrit faible de constitution, à ajourner à l'année prochaine (Rires).

Les préfets doivent visiter tous les six mois les aliénés de leur département. M. le préfet de police a délégué cette fonction à six docteurs qui, en son nom, inspectent les asiles. Vous voyez : le docteur de la préfecture de Police examine le sujet et met sur son papier : imbécile ; le docteur de l'Assistance publique dit qu'il a un développement mental et physique suffisant pour faire son service militaire : enfin le docteur du Conseil de révision dit : un peu faible de constitution, à ajourner. (Rires.)

Une voix. — Mais on sait bien que les médecins ne sont jamais d'accord !

M. Caplain. — Je demande à M. le secrétaire général de la préfecture de Police de nous expliquer ces contradictions.

M. le Secrétaire général de la préfecture de Police. — Messieurs, voici en quelques mots l'explication très simple du fait qui vous occupe. En septembre 1891, sur la demande de sa famille et sur la vue de certificats très nets de médecins, le jeune G... a été admis par l'Administration dans la section des enfants faibles d'esprit ou d'un développement mental insuffisant, à l'Asile de Bicêtre.

Depuis cette époque, au mois de janvier et au mois de juillet, son état physique et mental a fait l'objet des examens spéciaux dont la justification doit se trouver au dossier de tout individu admis sur réquisition administrative, dans un asile public ou privé.

A la suite de chaque visite, nous avons reçu deux certificats : l'un, du médecin de Bicêtre, qui porte la mention : « imbécillité, à maintenir » ; et l'autre, de notre médecin

inspecteur chargé de contrôler le service; portant cette indication : « vérifié, à maintenir ».

Ces certificats sont donc identiques et les derniers, spécialement, en date des 30 décembre 1896 et 1er janvier 1897, contiennent la même appréciation. Depuis, s'est produit l'incident du Conseil de révision. Le médecin de Bicêtre qui, en décembre 1896, délivrait le certificat vérifié par notre inspecteur, dont je viens de vous parler, donnait au moment de la révision un nouveau certificat d'après lequel le conscrit en question présentait un développement physique et intellectuel suffisant pour remplir son service militaire. Il y a entre ces deux certificats une contradiction évidente.

Je pourrais vous dire que le Préfet de Police n'a qu'à s'en rapporter au certificat de son inspecteur qui, dans une récente visite, a constaté encore que le jeune pensionnaire de Bicêtre est toujours dans le même état et incapable de se conduire dans la société.

En empiétant peut-être sur un terrain qui n'est pas le nôtre, je puis ajouter (j'y suis autorisé par les renseignements qui sont à mon dossier) que le certificat du médecin de l'asile, produit au Conseil de révision, s'explique par un « lapsus » de plume. Le médecin voulait écrire, comme il le fait d'ordinaire, que le malade présentait un développement physique et intellectuel suffisant pour être admis devant le conseil de revision, c'est-à-dire était capable de faire le voyage de Bicêtre au palais de l'Industrie.

M. Alpy. — Quel est donc le nom de ce médecin ?

M. le Secrétaire général de la Préfecture de Police. — Les explications que je vous donne ne concernent pas notre Administration ; je ne les fournis que pour éclairer le Conseil, comme elles m'ont été communiquées. Le conseil de révision, en présence de ce certificat, n'avait qu'à vérifier l'état physique du malade ; et il a pris une mesure que M. Alpy qualifiait de sage tout à l'heure, il a ajourné ce conscrit à un an.

Si j'avais un avis à donner à ceux qui sont chargés, à la préfecture de la Seine, de dresser les listes de recrutement, je leur dirais qu'ils devront, l'année prochaine, demander au Conseil de révision d'examiner l'état mental de ce jeune homme. Le conseil ne pouvait le faire cette année, puisque son attention, pas plus que celle de l'Administration de la préfecture de la Seine, n'avait pas été appelée sur ce point.

En résumé, la Préfecture de Police a vérifié tous les six mois l'état de ce jeune homme et elle a toujours constaté qu'il y avait lieu de le maintenir à Bicêtre. J'ai entre les mains un rapport récent que je ne puis lire publiquement,

dans un intérêt de réserve que le Conseil appréciera ; ce rapport confirme toutes les appréciations antérieures. La préfecture de police doit donc maintenir le jeune G... à l'asile de Bicêtre, et le Conseil de revision aura à examiner l'année prochaine l'état physique et mental de ce jeune homme.

M. Caplain. — M. le secrétaire général de la préfecture de Police vient de dire qu'il ne pourrait pas nous communiquer un rapport récent, en raison des inconvénients que cela pourrait présenter. Je le félicite de cette réserve que le président du Conseil de revision, délégué de M. le Préfet de la Seine, n'a pas observée.....

Quant à la réponse de M. le secrétaire général de la préfecture de police, elle ne me satisfait point. De quoi s'agit-il ? D'un individu qui, sur la demande de la famille, a été placé à Bicêtre, d'abord dans un service spécial, puis dans un autre, après être resté un certain temps dans le premier. Il n'est pas de sanction à ma question. Je demande seulement à la 3e commission de porter toute son attention sur les cas analogues qui pourraient se produire.

Ceci est extrait du procès verbal de la séance du 30 juin du Conseil général, paru dans le *Bulletin municipal officiel* du 1er juillet. Il n'est pas complet ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

L'observation de G...,la polémique et la discussion dont il a été l'objet comportent des réflexions d'ordre clinique et d'ordre social.

RÉFLEXIONS. — I. Nous trouvons réunies ici deux influences puissantes pour expliquer l'origine de la maladie de G... : l'*hérédité* et l'*alcoolisme*. Du *côté paternel*, le *père ivrogne* à l'excès, violent, indiscipliné ; — le *grand-père ivrogne* et violent ; — la *grand'mère*, coléreuse, *prostituée*, cancéreuse ; — deux *oncles alcooliques* ; — un *cousin*, déséquilibré, *assassin* (1). — Du *côté maternel*, la *mère* violente, af-

(1) M. le Dr Gircourt auquel nous avons demandé des renseignements sur son assassin a eu l'obligeance de nous envoyer le 25 juin les renseignements ci-après : « Cet homme a été enfermé à la prison d'Orléans pendant deux ou trois mois, soumis à un examen médical et remis en liberté sans jugement. Depuis

Mensurations de la tête.

	1891		1892		1893		1894		1895		1897	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juin
Circonférence horizontale maxima....		54	54.5		54	54		54	54	55		55
Demi-circonférence bi-auriculaire....		35	35		35	35		34	34	36		36
Distance de l'articulat. occipito-atloïdienne à la racine du nez...........		37	37		31	37		37	37	38		38
Diamètre antéro-postérieur maximum		18.6	18.5		19	18.5		18.5	18.5	19		19.5
— bi-auriculaire —		11.4	14		12	11.5		12.5	12.5	12		13
— bi-pariétal —		14.7	14		15	14.6		14.5	14.5	15		15.5
Hauteur médiane du front............		4.5	4.5		5	5.2		5.5	5.5	6		6

Tableau du poids et de la taille.

	1.91		1892		1893		1894		1897	
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juin
Poids........................	—	27.500	28.500	32.000	31.000	41.000	43.400	49.400	—	44.700
Taille........................	—	1 m. 340	1 m. 345	1 m. 360	1 m. 390	1 m. 440	1 m. 540	1 m. 570	—	1 m. 570
Dynamomètre............. D.	—	20	21	22	25	29	39	39	—	40
Dynamomètre............. G.	—	18	17	19	21	25	32	32	—	38

fectée d'un *strabisme* congénital ; — le *grand-père*, brutal et *alcoolique;* — la *grand'mère strabique* et *bègue;* — une *arrière-grand'mère ivrognesse;* — une autre « méchante au possible » ; — un *oncle alcoolique*; — un *cousin* instable, *aliéné*; — une *cousine prostituée;* — un autre *cousin voleur*; — une deuxième *cousine*, *voleuse* et *débauchée*; — enfin une troisième *cousine, imbécile* et coureuse. — Mentionnons aussi deux cas de *cancer* dans la famille paternelle et trois cas de *tuberculose* dans la famille maternelle. En face de cette série de tares, qui peut nier l'action de l'hérédité ?

II. L'évolution physique n'a pas été tout à fait physiologique. Les différents diamètres de la tête durant plusieurs années n'ont pas subi de modifications sérieuses, ils n'ont augmenté sensiblement qu'à partir de janvier 1895. — La *taille* s'est accrue avec lenteur mais régulièrement de 1891 à juillet 1894 (de 1^m. 34 à 1^m. 57), puis est demeurée stationnaire (1^m. 57) de juillet 1894 à ce jour. Elle est un peu au-dessous de la moyenne. D'après les tables de Quételet, en effet, la taille moyenne à son âge est de 1 mètre 669.

III. Sous le *rapport intellectuel*, il a fait quelques progrès mais relativement peu prononcés. Toutefois, G... a bien appris les exercices de gymnastique et est devenu un assez bon ouvrier cordonnier. Il a de la mémoire, de l'initiative et une assez grande habileté manuelle. Mais, comme l'instituteur de la section d'aliénés adultes a été supprimé, ce qui est regrettable, il parait avoir perdu une partie de son modeste bagage scolaire.

---

cette époque, il habite Orléans, vivant seul, ne parlant à personne, ne répondant pas quand on lui adresse la parole. Si, par hasard, il croise, dans la rue, un individu contre lequel il croit avoir des griefs, il l'injurie ou lui fait des menaces à voix basse. Je le considère comme un individu dangereux, capable de commettre un crime. »

IV. Au point de vue *moral*, il aurait plutôt gagné. Son *caractère* est tranquille ; il n'a jamais de discussion avec ses camarades et c'est exceptionnellement qu'il a dû être réprimandé. Enfin, les *impulsions sexuelles* contre nature semblent avoir disparu.

V. G... est, en somme, sur la limite des intelligences ordinaires et de l'*arriération intellectuelle* ou de la *débilité mentale.* On peut discuter si, oui ou non, il est apte au service militaire. Le médecin civil constate la situation physique ou mentale, la maladie, mais n'a pas à formuler d'avis au point de vue militaire : c'est l'affaire du conseil de révision et de nos confrères de l'armée. Du reste, c'est ce que fait, d'habitude, M. Deny (1).

Le cas de G... n'est pas unique. Tous les ans nous contribuons à faire engager quelques-uns de nos malades. Les parents les prennent en congé et remplissent les formalités voulues. Si l'autorité militaire les accepte, nous signons la sortie ; dans le cas contraire, nous les faisons passer dans les services d'adultes, ou nous les rendons aux familles. Nous avons pu retrouver les noms de 23 d'entre eux. Quelques-uns ont eu des aventures ; d'autres ont été réformés après un séjour variable au régiment ; la plupart ont été jusqu'au bout. Parmi les premiers, Fi... est devenu *sous-lieutenant.* Malheureusement, à la suite d'une aventure galante avec la femme d'un de ses supérieurs, compliquée de désertion, il a été forcé de démissionner.

Tous les ans aussi, nous donnons à d'anciens malades, désireux de se faire réformer, des certificats

(1) Mais dans la circonstance, M. Deny se conformait à la demande même de M. le Préfet de la Seine réclamant : « *un certificat indiquant d'une façon précise si M. G... est apte au service armé*, ou bien s'il doit être ajourné à un an, classé dans le service auxiliaire ou exempté de tout service. » En définitive, le Préfet lui demandait de faire acte de médecin militaire.

constatant l'affection pathologique qui avait nécessité leur placement dans notre service et sur lesquels l'autorité militaire se prononce. Beaucoup d'autres, sortis, ne nous réclament rien et ont, par conséquent, le sort commun, c'est-à-dire sont soldats.

En agissant ainsi, nous ne croyons pas « faire une insulte à l'armée ». En exclure des jeunes gens parce qu'ils ont été malades, internés comme imbéciles, arriérés, aliénés, ou épileptiques, c'est ignorer ce qu'on fait pour leur relèvement. Depuis 1884, grâce au zèle des instituteurs de notre section, 50 enfants ont eu leur *certificat d'études*. D'autres, à l'entrée, le possédaient. Actuellement 17 sont dans ce cas; un autre a le brevet élémentaire. S'ils guérissent les éliminera-t-on du service militaire? Considérera-t-on ces malades guéris comme un déshonneur pour l'armée parce qu'ils ont été malades? Nos collègues parfois, nous plus souvent, lorsque nous avons obtenu une amélioration, que nous estimons suffisante, nous conseillons l'engagement ou laissons le malade passer la révision, dans l'espoir que le séjour au régiment achèvera notre œuvre, donnera à l'armée un serviteur et rendra à la société un citoyen utile.

Pour cette catégorie de malades, les médecins sont embarrassés et G... en fournit la preuve. Il n'a plus de père; sa mère est domestique. Malgré cela, M. Deny a essayé de le placer. L'essai n'a pas réussi. Fallait-il l'abandonner, le livrer au vagabondage? Si, à défaut de la surveillance familiale, il y avait celle d'une *Société de patronage*, le médecin pourrait signer sans crainte le certificat de sortie.

Pour d'autres malades, améliorés, internés ou non, il conviendrait de créer les *classes spéciales* dont nous avons parlé dans le dernier numéro du *Progrès médi-*

cal (1). Certains malades, formant une troisième catégorie, devraient être placés dans une *division spéciale* d'hospice, utilisés dans les ateliers ou comme demi-infirmiers, chargés des grosses besognes, mais ne sortant qu'avec une autorisation du médecin et du directeur et n'ayant pas la sortie libre des autres administrés. C'est parmi eux aussi, dans ce groupe, qu'on trouverait des malades pouvant être renvoyés dans leur famille avec un *secours d'hospice mensuel* régulier, compensant l'insuffisance de leur salaire *(placement familial)*.

Quant à ceux qui sont incurables, qui n'ont pas été amendés, qui sont restés idiots, épileptiques, ils doivent naturellement être maintenus dans les asiles d'aliénés.

Toutes ces *réformes*, dictées par une longue expérience, n'ont d'autre but que l'intérêt supérieur des malades. Accomplies, elles diminueraient notablement les charges du département et des communes. Nous les avons exposées depuis bien longtemps et nous continuons, sans grand succès, à les exposer chaque année lors des visites de la Commission de surveillance et de la Commission du Conseil général. Nous avons, à cet égard, devancé les désirs de M. Caplain qui « demande à la Commission du Conseil général de porter toute son attention sur les cas analogues qui pourraient se produire ». La conviction n'est pas encore faite dans l'esprit de nos amis et de nos anciens collègues. *M. Caplain* et la *Presse* pourraient nous y aider s'ils étaient sincèrement et d'une façon désintéressée, animés des mêmes sentiments que nous. Etudier une réforme, la faire aboutir est une tâche difficile. Traiter de « misérables » l'honorable direc-

(1) Voir le *Compte-rendu de Bicêtre* pour 1896, p. LXX.

teur de Bicêtre, M. Pinon, qui s'acquitte avec soin de ses fonctions, et M. le Dr Deny qui a conquis sa situation par le concours et jouit de la considération de tous, est certes plus facile, mais infructueux. En le faisant, toutefois, on dépasse la mesure, on met en relief son parti pris ou son inconscience.

M. Caplain, avec moins de violence mais plus de perfidie que le rédacteur de la *Petite République* qui a tapé dur sans réfléchir qu'il blessait des hommes respectables, nous a mis en cause sans que rien ne le justifie. Son attaque, supprimée dans le *Bulletin municipal*, a été reproduite en ces termes dans le *Matin* du 1er juillet:

« Gin...., dit M. Caplain, avant d'entrer à Bicêtre, avait été en traitement dans le service du docteur Bourneville. Je ne sais pas si M. Bourneville a intérêt à prendre dans son service des jeunes gens qui ne sont ni fous ni idiots. Il est évident qu'on peut ainsi obtenir des succès facilement et guérir sans peine des enfants qui ne sont pas malades. Mais il est certain que Gin.... n'a jamais été idiot (1) ».

G... a quitté notre service le 23 février 1895, nous ne sommes donc pas responsable de son maintien à Bicêtre. Ce n'est pas nous, non plus, qui l'avons fait entrer dans notre section, mais le Préfet de police (2). Ce n'est pas, d'ailleurs, nous qui choisissons nos malades. Nous recevons ceux que nous envoie la Préfecture de police et le bureau d'admission de l'Asile clinique. Tandis qu'à la colonie de Vaucluse, on n'accepte ni les gâteux, ni les épileptiques, Bicêtre les

(1) L'observation de G..., que nous avons relatée tout au long, permet au lecteur de voir si, oui ou non, G... est malade.

(2) Préfecture de police, 23 septembre 1891. Débilité mentale avec stigmates physiques de dégénérescence. Voûte palatine en ogive. Léger prognathisme. Turbulence. Inattention l'ayant empêché d'acquérir les plus élémentaires notions bien qu'il ait été envoyé plusieurs années à l'école. Signé : Dr Paul Garnier. — Asile clinique : 24 septembre 1891. Débilité mentale, turbulence. — Signé Dr Dagonet.

reçoit, sans distinction. Nous avons donc à soigner les malades les plus gravement atteints. Voilà les conditions *faciles* dans lesquelles nous fonctionnons, sans nous rebuter. De là, la tâche, ingrate souvent, qui nous est imposée. Les succès que nous enregistrons tous les ans, que M. Caplain pourrait apprécier s'il daignait lire le *Rapport général sur le service des aliénés* qui lui est adressé chaque année par l'Administration préfectorale, sans compter nos publications personnelles (1), sont dus au dévouement et à l'habileté de nos instituteurs et de nos infirmières laïques et peut-être aussi à nous dans quelque mesure.

Notre service est ouvert. Tous les samedis nous avons l'honneur de recevoir des médecins français et étrangers, de leur montrer l'organisation et le fonctionnement du service des enfants idiots, arriérés et épileptiques, créé par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine. C'est un lourd labeur pour nous. En nous l'imposant, notre but est d'amener la conviction dans l'esprit de tous, afin de pousser à la création, partout, de services semblables, destinés à rendre d'incontestables services à eux et à leurs malheureuses familles : réforme sociale au premier chef. Joignez-vous à eux, M. le Conseiller. En attendant, leur appréciation compétente nous console amplement de vos aimables insinuations.

(1) Et les procès-verbaux de la Commission de surveillance relatant les visites à Bicêtre.

II.

Diarrhée chronique, séreuse, traitée par le salicylate de chaux ;

PAR BOURNEVILLE ET WUILLAMIER.

Il nous arrive de temps en temps d'observer chez les enfants de notre service, des cas de *diarrhée chronique, séreuse*, en dehors de lésions graves de l'intestin et d'autres liées, au contraire, à des lésions graves, telle que la *tuberculose intestinale.* Nous avions autrefois réuni toutes les observations que nous avions recuillies et qui devaient faire l'objet d'un travail complet. Au cours des changements survenus dans le service, la plupart des observations ont été égarées et nous n'en avons retrouvé que deux, que nous insérons dans ce *Compte-rendu*, simplement à titre de document. Nous le regrettons d'autant plus que, en présence de l'insuccès des médicaments employés dans les diarrhées rebelles, nous avions expérimenté un médicament, le *salicylate de chaux* dont l'introduction dans la thérapeutique était alors (1881), de date récente et qui nous avait donné parfois, de bons résultats. Depuis, l'un de nous (W.), se fondant sur les résultats obtenus à Bicêtre, a eu souvent l'occasion de recourir, en ville, à ce médicament (1 gr. à 1 gr. 50) dans certains cas de gastro-entérites, de diarrhées rebelles, et particuliérement de diarrhées séreuses, surtout chez les enfants. Le salicylate de chaux, dans ces cas, paraît très efficace. Il aurait

même des effets absorbants et antiseptiques supérieurs à ceux du sous-nitrate et même du salicylate de bismuth.

Beaucoup de traités de thérapeutique passent sous silence, et à tort selon nous, le salicylate de chaux. M. A. B. Paulier (1) rappelle que suivant Martineau, Léger et Lebœuf, ce sel serait préférable à l'acide en raison de son goût agréable, et au salicylate de soude par la sûreté de ses effets. Il est facilement décomposable par les acides de l'estomac et se transforme dans l'économie en acide salicylique qui agit en toute liberté, et en chaux qui n'entrave aucunement son action. »

Le mémoire de M. Martineau (2), publié en collaboration avec deux internes en pharmacie, MM. Léger et Lebœuf et auquel il est fait allusion dans la citation qui précède est plutôt un article de pharmacologie qu'un article de thérapeutique. En voici d'ailleurs les conclusions :

« 1° C'est un sel simple ; — 2° ce sel est facilement décomposable par les acides de l'estomac ; — 3° les produits de la décomposition sont d'une part, l'acide salicylique, qui agit alors en toute liberté, et d'autre part, la chaux, base qui, lorsqu'elle n'est pas offensive, peut être d'une grande utilité dans bien des affections et agit comme reconstituant sans entraver en rien l'action de l'acide salicylique ; alors le salicylate de chaux ne serait-il pas un double médicament dont chacune des deux parties aurait son efficacité et son action particulières. »

Nous devons ajouter que les auteurs ne rapportent aucun exemple d'affection où ils aient essayé l'administration du médicament.

---

(1) Paulier (A. B.). — *Manuel de thérapeutique*, 1878, page 681.
(2) *Du salicylate de chaux* (*Bulletin de thérap.*, 1876, t. XCI, p. 356).

OBSERVATION I. — **Pied bot paralytique congénital. — Entérite. — Salicylate de chaux. — Pneumonie caséeuse. — Marche de la température.**

SOMMAIRE. — *Père mort tuberculeux. — Mère un peu nerveuse, morte tuberculeuse. — Grand-père maternel hémiplégique. — Grand'mère maternelle aliénée ; quatre enfants sains durant sa folie. — Sœur bizarre. — Autre sœur morte de méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans.*

Grossesse : fréquents accès de colère. — Pied bot paralytique congénital à droite, opéré sans succès. — Arrêt de développement relatif du membre inférieur du même côté. — Tics : balancement, écartement des doigts. — Conjonctivite. — Diarrhée : Retour du gâtisme ; — salicylate de chaux ; guérison de la diarrhée. — Tuberculisation pulmonaire ; mort.

AUTOPSIE. — *Arrêt de développement des circonvolutions. — Tuberculisation pulmonaire. — Graviers rénaux.*

Pel.... (Charles Henri Julien), âgé de 4 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 26 avril 1880.

Antécédents *(Renseignements fournis par la mère de l'enfant).* — *Père,* 37 ans, sculpteur sur bois, ne fait pas d'excès de boisson, calme, peu énergique, faible de constitution, phthisique depuis 2 ans. [*Père*, chapelier, sobre, bien portant, surdité acquise. — [*Mére* en bonne santé. — 7 ou 8 *frères* et *sœurs* bien portants. — Aucun antécédent nerveux dans la famille.]

Mère, 27 ans, émailleuse sur verre avant son mariage, concierge actuellement, bien portante mais fatiguée par les soins qu'elle donne à son mari; emportée et impressionnable, aucune autre manifestation nerveuse. — [*Père*, 62 ans, cafetier, puis homme de peine, sobre, est atteint d'*hémiplégie gauche* incomplète. — *Mère*, lingère, habile, est devenue *folle* en 1848, a été placée à la Salpêtrière, puis transférée à la maison de santé de Bautry-la-Couronne près Vendôme : elle avait déjà eu «quelques atteintes» de son mal avant son mariage. — Quatre *frères* et *sœurs* : l'une avant la première admission de la mère à la Salpêtrière: les 4 autres, dont la mère de notre malade, *après* le *début* de la folie, son mari « la faisant sortir

de temps en temps, parce qu'on disait qu'un enfant la sauverait ». Tous sont bien portants. Pas d'autres parents nerveux ou aliénés].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans.

4 *enfants :* 1° un garçon, mort d'une bronchite à 2 ans ; il marchait mais ne parlait pas et semblait avoir un « fond de chagrin ». — 2° Une fille, sujette aux bronchites, morte de *méningite* à 5 ans ; — 3° notre malade ; — 4° une fille de 7 mois qui tousse déjà.

Notre malade. — *Grossesse* bonne, fréquents accès de colère *Accouchement* à terme, naturel. Pel.... a été élevé au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 2 ans. *Pied bot paralytique congénital,* à droite, opéré à 5 mois par M. Lannelongue sans grande amélioration. L'orthopédie a échoué également, l'enfant ne pouvait supporter l'appareil. Pel.... n'aurait pas eu de convulsions ; il n'a marché qu'à 3 ans, ne dit que « papa, maman ». Il aurait été propre de bonne heure. Pas de manifestation scrofuleuse, fluxion de poitrine à 18 mois, pas de rougeole, etc. Pel.... a quelques *mouvements nerveux,* il est assez colère, ne suce pas ses doigts, mais quelquefois son tablier, ne se balance pas, ne gesticule pas, n'a pas d'onanisme, est affectueux et reconnait sa mère. On ne sait à quoi attribuer l'idiotie.

État actuel. — *Tête* arrondie, assez grande ; aplatissement de la partie médiane de l'occipital, avec saillie latérale : aplatissement de la partie moyenne et postérieure des pariétaux. — Le *front* est assez haut, bombé : bosse frontale droite plus accusée que la gauche : gouttières sus-sourcilières assez prononcées. La circonférence de la tête passant par la base du crâne est de 45 centimètres et demi ; le diamètre antéro-postérieur est de 15 centimètres et demi : le transversal d'une oreille à l'autre est de 13 centimètres et demi.

Oreilles, bien conformées. — *Nez,* aquilin, un peu large. — *Bouche,* large ; lèvres épaisses, érythémateuses. Arcades dentaires assez régulieres, la supérieure est aplatie à sa partie moyenne, dents non crênelées. — *Voûte palatine* aplatie, large, symétrique ; voile du palais, etc., normaux.

Tronc, très régulier. — *Membres supérieurs,* longs et grêles. — *Membre inférieur* gauche, bien conformé ; à droite *pied bot varus équin.* Il résulte de nombreuses mensurations que le membre inférieur droit est moins volumineux et même moins long que le gauche. Les *testicules* ne sont pas descendus. La *verge* est bien conformée. — *Peau* blanche,

comme bouffie, pas de glandes, érythème des fesses et des bourses, cyanose des pieds : cheveux, sourcils et cils blonds, clair-semés : impétigo du cuir chevelu.

Digestion : Pel.... se sert de ses mains pour manger, mastique bien, ni voracité, ni salacité, appétit bon, peu de goût pour la viande ; le *ventre* est un peu gros. — *Foie* et *rate* normaux. — *Respiration* et *circulation*, rien de particulier. — *Sensibilité générale*, normale, peu de réflexe au chatouillement. — *Ouïe*, parait bonne. — *Vue*, normale. Pas de strabisme. — *Odorat*, assez sensible.

Motilité: Pel.... ne marche que lorsqu'il est soutenu, ou lorsqu'il est dans le chariot. Il s'appuie bien sur la jambe gauche, mais le pied droit ne repose sur le sol que par son bord externe.

Intelligence : très peu développée, pourtant P... paraît reconnaître les personnes qui le soignent ; durant l'examen il fait quelques petits mouvements de ses mains, écarte ses doigts, se balance ; il peut rester de longues heures assis sans bouger ; une fois il a fait avec une brosse le simulacre de se brosser. *Poids* (à l'entrée) : 13 kilogr. ; *taille* : 0m82.

24 *août*. — Conjonctivite double avec tuméfaction des paupières. Impétigo ulcéré de la face ; gonflement de la lèvre supérieure. — Iodure de fer, huile de foie de morue, bains salés ; collyre au sulfate de zinc.

27 *août*. — Bosse sanguine au niveau de la paupière supérieure droite, probablement due à un traumatisme dans un *vertige*. Petites papules écorchées sur les fesses qui sont érythémateuses. Depuis quelque temps Pel.... a de la diarrhée et est devenu *gâteux*.

3-9 *septembre*. — Revacciné sans succès.

16 *septembre*. — *Poids* : 12 kilogr. 600 : *Taille* : 0m88.

16 *octobre*. — Le père et la mère du malade viennent de succomber à la suite de *tuberculose pulmonaire*. — Les accès paraissent avoir diminué de fréquence.

3 *décembre*. — Chûte sur la tête, vaste ecchymose à la région temporale droite.

7 *décembre*. — La diarrhée continue, elle est bilieuse.

8 *décembre*. — Légère amélioration.

11 *décembre*. — Recrudescence de la *diarrhée* qui prend un caractère *séreux*, les selles sont grisâtres, assez fétides ; vomissements ; ventre assez tendu, paraissant peu douloureux. — P. 100. — *Salicylate de chaux*, 1 gramme. Régime lacté.

13 *décembre*. — T. R. 38°, 4. Selles moins liquides, en purée. Légère oppression ; râles ronflants assez nombreux à l'aus-

cultation. — On continue le salicylate de chaux, et on y ajoute un julep avec extrait de quinquina 4 gr. et rhum 40 gr.

14 *décembre*. — T. R. 38°, 4. — *Soir* : 38°, 2. *Cessation de la diarrhée*. Inspiration soufflante, râles ronflants à droite. La soif a diminué. — Salicylate de chaux 1 gr. 25. — *Soir* : 38°.

15 *décembre*. — T. R. 37°, 8. — *Soir* : 37°, 8.

16 *décembre*. — T. R. 37°, 6. — *Soir* : 38°, 2.

17 *décembre*. — Respiration un peu soufflante en arrière et à droite au sommet. — On supprime le salicylate de chaux. On continue l'extrait de quinquina avec rhum ; conserve de Damas ; vésicatoire à droite.

19 *décembre*. — T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 40°, 2.

20 *décembre*. — T. R. 39°, 8. — *Soir* : T. R. 39°, 6.

21 *décembre*. Souffle profond vers l'aisselle droite, râles sous-crépitants. T. R. 39°.

22 *décembre*. — Matité plus prononcée aux sommets qu'à la base ; râles sous-crépitants très nombreux aux deux bases. T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 38°, 4.

23 *décembre*. — Toujours des râles sous-crépitants, mais moins nombreux. *Pas de diarrhée*. T. R. 38°.

28 *décembre*. — Râles sous-crépitants surtout à droite ; un peu de matité à la base du même côté. (Vésicatoire). — Ulcérations sur la lèvre inférieure, sur la gencive, sur la face interne des joues (gargarisme au chlorate de potasse ; applications locales de jus de citron). T. R. 40°, 2. — *Soir* : 40°.

29 *décembre*. — T. R. 39°, 2. — *Soir* : 40°, 2.

30 *décembre*. — La sonorité parait un peu revenue à droite, respiration soufflante à gauche et en arrière ; 96 respirations. 104 pulsations ; T. R. : 40°, 2 ; il ne vomit pas, ventre tendu : ulcérations buccales persistantes ; P... ne prend que du bouillon. — *Soir* : T. R. 40°, 2.

31 *décembre*. — Etat adynamique, respiration embarrassée, râles trachéaux, refroidissement et cyanose des extrémités regard éteint, bouche sèche, un peu fuligineuse. T. R. 39°, 9. — L'enfant s'éteint dans la soirée.

Pelt...., depuis son entrée (26 avril 1880) jusqu'à sa mort (1er janvier 1881), a eu 76 accès et 4 vertiges.

Autopsie le 2 *janvier* 1881. — *Tête*. La calotte osseuse parait symétrique, la pie-mère est un peu congestionnée vers la partie moyenne des deux hémisphères, son ablation est assez délicate vu sa ténuité. L'*encéphale* pèse 1000 gr. Les organes de la base sont normaux : les deux hémisphères sont égaux et mesurent 16 cent. et demi de longeur. Aucune lésion ni

anomalie des artères et des divers organes situés à la face inférieure du cerveau.

Hémisphère cérébral gauche, pas d'anomalie des circonvolutions, corps opto-strié, ventricule latéral, corne d'Ammon, normaux.

Hémisphère cérébral droit. — Sillon profond entre les circonvolutions frontales ; légères anomalies (?) à la partie antérieure du lobe frontal. Rien à noter sur le corps opto-strié, le ventricule, la corne d'Ammon.

Cervelet, isthme, protubérance, bulbe, normaux.

Thorax. — *Poumon droit,* hépatisation au niveau du bord postérieur et du lobe inférieur, pas de tubercules, ganglions bronchiques volumineux. — *Poumon gauche*, adhérences interlobaires, hépatisation avec petits dépôts caséeux de 3 ou 4 millim. Au niveau du sillon interlobaire existe une petite masse caséeuse, du volume d'une noisette ; autre masse de 5 mill. au sommet. Pas de granulations tuberculeuses. — *Cœur* (80 gr.), normal.

Abdomen. — *Foie* décoloré, gras, (740 gr.). — *Rate* (39 gr.). — *Reins* (55 gr.), quelques petits *graviers* des deux côtés.

RÉFLEXIONS. — I. Si l'on en croit les renseignements, l'*hérédité* serait peu chargée et la cause de l'*idiotie*, qui paraît *congénitale*, aurait échappé.

II. Notons au point de vue de l'*hygiène sociale*, la conception de la mère du malade et de trois oncles ou tantes par sa grand mère maternelle alors qu'elle était aliénée et internée à la Salpêtrière. C'était durant les sorties de l'aliénée que les grossesses se produisaient, en vertu d'un préjugé absurde que la production d'un enfant la guérirait. Le médecin, en pareil cas, ferait bien de combattre ce préjugé si dangereux. Si les renseignements sont exacts, les enfants (mère, oncles et tantes de l'enfant), conçus pendant l'aliénation mentale de leur mère seraient bien portants.

OBS. II. — **Épilepsie suivie de démence.**

SOMMAIRE. — *Père d'une intelligence bornée, bègue, non alcoolique. — Mère peu intelligente condamnée pour vol. — Grand-père maternel, excès de boisson ; mort paralysé. — Grand'mère maternelle morte paralysée. — Deux sœurs mortes de coqueluche. — Pas de consanguinité. — Renseignements insuffisants sur les deux familles.*

Pas de convulsions. — Épilepsie à 3 ans à la suite d'une frayeur. — Modifications intellectuelles. — Diarrhée séreuse. — Salicylate de chaux. — Accidents pulmonaires : Mort.

AUTOPSIE. *Adhérences considérables de la pie-mère. — Broncho-pneumonie.*

Duv.... (Jean), âgé de 8 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 16 juillet 1880.

Antécédents. (*Renseignements fournis par le père de l'enfant*). — *Père*, 66 ans, scieur de long, puis journalier, enfin joueur d'orgue. Intelligence à peine moyenne ; léger *bégaiement*, sobre, calme ; un peu rhumatisant ; s'est « démonté l'épaule » il y a 12 mois. — [Son *père* est mort après avoir été *paralysé* pendant 6 ans, consécutivement à une chute de voiture. — Nul détail sur sa *mère*, morte à 77 ans. — 10 *frères* et *sœurs*, morts on ne sait de quoi. Pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la famille.]

Mère, 46 ans, journalière, peu intelligente, bien portante, pas nerveuse, condamnée pour avoir « volé une hache sur un chemin » ; a deux enfants intelligents d'un 1er mariage. — [Son *père*, laboureur, ivrogne, est mort *paralysé* à 70 ans. — Sa *mère*, intelligente et sobre, est morte à 77 ans, *paralysée* et en enfance. — 3 *frères* et une *sœur* bien portants. Pas de nerveux dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Quatre *enfants* : 1° une fille morte de *coqueluche* à 3 mois ; — 2° une fille, morte également de coqueluche à 3 mois ; — 3° Notre malade ; — 4° une fille de 6 ans, bien conformée, peureuse.

Notre malade. — *Grossesse* bonne, *accouchement* naturel, à terme. Duv... a été élevé au sein par sa mère. Il a parlé à 20 mois, a marché et a été propre à 2 ans. Pas d'accidents

nerveux, pas d'accidents scrofuleux, rougeole à 2 ans $^1/_2$; aurait eu des vers. Pas de tic, pas d'onanisme. — A 3 ans, *peur* occasionnée par un jeune homme disant qu'il voulait l'éventrer avec une fourche. » Le lendemain, *convulsions* égales des deux côtés ; quelquefois c'est du côté droit que sa maladie semblait; « le tracasser le plus » ; elles durèrent 48 heures. — Huit jours plus tard, nouvelle série de 8 accès. Depuis cette époque, le plus long intervalle a été de 15 jours et les séries peuvent être de 32 dans les 24 heures. — Au début, les accès étaient *nocturnes* et *diurnes;* depuis deux ans ils ne sont que *nocturnes*.

Pas d'aura, petit cri assez aigu; chûte subite n'ayant jamais entraîné de blessure grave ; rigidité tétanique, secousses cloniques. Pas d'écume, ni de morsure; miction et défécation involontaires; un peu de stertor; hébétude durant $^1/_2$ heure ou $^3/_4$ d'heure.

Pas de délire après l'accès, ni de manifestations mentales dans l'intervalle des accès. Jamais d'étourdissements. L'intelligence, la mémoire ont baissé, le caractère s'est aigri, il est resté encore assez affectueux. Le sommeil est bon.

État actuel. — La *tête* est forte, considérablement développée à la région postérieure; léger aplatissement de la partie supérieure de l'occipital. — Le *front* est assez haut; bosse frontale gauche moins saillante que la droite; dépression légère au-dessus des sourcils, surtout à gauche. — *Oreilles* régulières, un peu écartées. — *Yeux* bleus, pas de strabisme. — *Nez* aquilin. — *Bouche* assez grande, dents bien rangées, incisives médianes larges ; voûte palatine peu profonde, assez large; amygdales et piliers réguliers. — La moitié gauche de la *face* paraît moins développée que la droite. — Le *tronc* est bien conformé. — Les *membres* aussi, mais ils sont très grêles. — *Organes génitaux* normaux. — *Peau* brune ; adénites cervicales ; cheveux châtains, cils et sourcils abondants; impétigo du lobule auriculaire droit; érythème des fesses.

Digestion : Mange seul, ne se sert que de la cuiller; voracité pas de vomissements ; *foie* normal ; ne gâte pas. *Respiration :* tousse un peu ; quelques râles disséminés. — *Circulation :* cœur et pouls réguliers. — *Sensibilités générale* et *spéciales*, normales.

État intellectuel. — Intelligence médiocre ; prononce quelques paroles dans son patois auvergnat ; pas d'embarras de la prononciation; ne sait pas s'habiller; grande répulsion pour l'eau ; a l'habitude de collectionner tout ce qu'il trouve

(chiffons, allumettes, miettes de pain, etc.). — *Poids :* 21 k., 900. — *Taille :* 1m, 17.

27 *août.* — *Diarrhée* depuis 3 jours ; traces de sang dans les selles qui sont un peu mousseuses : ipéca 40 gr. et poudre d'ipéca 0, 40 ; tisane albumineuse ; bouillons et potages.

30 *août.* — La diarrhée a cessé.

3 *septembre.* — Vacciné. — Réapparition de la diarrhée.

9 *septembre.* — Le vaccin n'a pas pris.

16 *septembre.* — *Poids :* 19 k., 400 ; *taille :* 1m, 17.

8 *octobre.* — Depuis plus d'un mois la diarrhée persiste ; 4 ou 5 selles par jour, et après chacune léger écoulement sanguinolent ; les selles ne paraissent pas douloureuses ; a rendu un ver. On a combattu la diarrhée par l'eau de chaux, l'extrait de ratanhia, le sulfate de quinine. Suppression des médicaments : régime lacté ; eau albumineuse.

2 *novembre.* — Pendant quelques jours la diarrhée avait cessé ; elle est revenue cette nuit : on a levé l'enfant et il aura fait quelque écart de régime. — Sous-nitrate de bismuth 5 gr. ; eau albumineuse.

1er *décembre.* — La diarrhée séreuse continue, l'enfant est très amaigri ; érythème des fesses considérable, pas d'eschare. On prescrit une potion renfermant : acide salicylique 1 gr. 50 ; craie préparée 0, 50, sirop 30 gr. et eau 60 gr. ; 2 cuillers à café toutes les heures.

2 *décembre.* — Amélioration notable ; les selles sont moins abondantes.

7 *décembre.* — Les selles sont de moins en moins fréquentes et moins liquides ; potion avec 2 gr. de *salicylate de chaux.*

11 *décembre.* — La diarrhée a diminué notablement ; l'enfant est plus gai, a un peu repris. 2 gr., 25 de salicylate de chaux ; lait, œufs, potages.

13 *décembre.* — Grande améloration : suppression de la potion au salicylate.

23 *décembre.* — La diarrhée réapparaît. Potion avec salicylate de chaux 1 gr.

28 *décembre.* — On a élevé progressivement la dose qui aujourd'hui est à 2 gr. 25, pourtant la diarrhée continue. — Conjonctivite. — Œufs, côtelette, eau albumineuse.

1881. 3 *janvier.* — La diarrhée a diminué ; bon appétit. Même traitement. Il n'y a plus de conjonctivite ; un peu de *blépharite* chronique. — *Soir :* T.R. 37°, 6.

4 *janvier.* — T.R. 37°, 6. — Cette nuit la diarrhée a aug-

menté ; selles séreuses, jaunâtres, glaireuses ; foie normal ; respiration un peu soufflante à droite ; pas de submatité. Amaigrissement notable.

5 *janvier.* — T.R. 37°, 6. Gros râles sous-crépitants surtout à l'inspiration, des deux côtés, dans toute la hauteur des poumons. Salicylate de chaux 2 gr., 50 ; lavement avec amidon et laudanum 10 gouttes. Même régime. — *Soir :* T.R. 38°, 2.

6 *janvier.* — T.R. 37°, 5. — *Soir :* T.R. 38°.

7 *janvier.* — T.R. 37°, 6, — *Soir :* T.R. 38°.

8 *janvier.* — T.R. 38°, 2. La diarrhée est très abondante: Langue humide, gingivite légère, haleine un peu fétide, légère érosion de la lèvre inférieure, foie normal ; ventre ballonné ; érythème et ulcération du grand trochanter droit ; respiration ronflante ; gros râles à gauche, en arrière et à la base. — Salicylate de chaux, 3 grammes. Deux lavements amidonnés avec dix gouttes de laudanum.

10 *janvier.* — Disparition de la gingivite, persistance de la diarrhée et ulcération du trochanter gauche. T.R. 38°.

11 *janvier.* — La diarrhée persiste ; affaiblissement progressif ; suppression du salicylate de chaux. — Potion de Tood et sous-nitrate de bismuth 4 gr.

12 *janvier.* — Meilleur appétit qu'hier ; toujours de la diarrhée. T.R. 37°, 6. — *Soir :* T.R. 39°

13 *janvier.* — T.R. 38°, 2. — *Soir :* T.R. 38°, 4.

14 *janvier.* — T.R. 38°. — *Soir :* T.R. 38°.

15 *janvier.* — La diarrhée continue, face grippée ; respiration gênée ; amaigrissement extrême. T.R. 38°, 2. — *Soir :* T.R. 38°, 4.

16 *janvier.* — T.R. 38°, 4. — *Soir :* T.R. 39°. La respiration s'embarrasse davantage, le malade se refroidit progressivement et meurt dans la nuit.

AUTOPSIE *le* 18 *janvier.* — Les *poumons* sont notablement distendus et ne se rétractent pas à l'ouverture du thorax. A *droite*, au niveau du lobe inférieur, congestion manifeste. A *gauche*, le lobe inférieur offre les lésions de la broncho-pneumonie ; il est dense, friable, ne surnage plus. La pression en fait sourdre des gouttes de pus.

Cœur. — 130 gr., décoloration du muscle, caillots agoniques. — *Foie :* 850 gr., normal. — *Rate :* 140 gr., congestionnée et friable. — *Reins :* 70 gr. chacun, normaux.

Estomac : distendu, muqueuse ramollie. — *Intestin grêle* et *gros intestin :* muqueuse ramollie et épaissie. — *Mésentère* vascularisé. — *Ganglions mésentériques* normaux.

Tête. — Os de crâne normaux ; pas d'asymétrie de la base du crâne ; adhérences de la *dure-mère* à la voûte.

Encéphale : 1150 gr. ; la *pie-mère* est très congestionnée, les vaisseaux sont gorgés de sang. Les différentes parties de la base (artères, nerfs, chiasma, etc.) n'offrent pas d'anomalie. — *Cervelet* et *isthme*, 165 gr. — L'*hémisphère droit* mesure 17 c. 1/2 et pèse 500 gr. L'*hémisphère gauche* n'a que 17 c. et pèse 485 gr. L'adhérence de la *pie-mère* est telle qu'on ne parvient pas à les décortiquer. — *Masses centrales, ventricules, corne d'Ammon*, rien à l'œil nu. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité ordinaire.

Réflexions. — I. Les renseignements sont trop insuffisants pour qu'on puisse se rendre un compte exact de l'influence de l'*hérédité*. Ce que nous savons peut se résumer ainsi : père peu intelligent, bègue ; — mère bornée, voleuse ; — grand père paternel, grand père et grand'mère maternels, paralysés.

II. L'*épilepsie*, qui aurait été occasionnée par une frayeur, se serait compliquée d'un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, bien qu'on n'ait pas relevé de vertiges. Les accès, en revanche, étaient très fréquents et le malade, à la suite, restait endormi. Disons, à ce propos, que tandis que les épileptiques qui reviennent vite à la connaissance paraissent conserver longtemps, sinon toujours, leur intelligence, ceux qui dorment plus ou moins longtemps après leurs crises et conservent ensuite, durant le reste de la journée, un certain degré d'*obtusion intellectuelle*, paraissent frappés plus promptement de *démence*.

III. La *diarrhée séreuse* n'a été suspendue que par le *salicylate de chaux*. Toutefois, le médicament ne l'a pas arrêtée définitivement.

IV. L'*hémisphère cérébral gauche* est moins long

et pèse moins que l'hémisphère cérébral droit, sans qu'on puisse en inférer qu'il y a une lésion sérieuse. « Il faut bien se rappeler, dit Cruveilhier (1), que les deux hémisphères cérébraux n'ont jamais exactement le même volume, et que les circonvolutions correspondantes de l'hémisphère droit et de l'hémisphère gauche sont rarement semblables. » (V. aussi p. 40.)

(1) Cruveilhier.— *Traité d'anat. pathol. générale,* t. III, p. 19.

III.

Epilepsie due à l'onanisme ; — Démence consécutive État de mal épileptique ; mort ;

PAR BOURNEVILLE ET WUILLAMIER.

L'observation qui suit montre que, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, l'*onanisme habituel* a des conséquences extrêmement graves sur l'intelligence et peut produire l'épilepsie.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, paralysée du côté gauche. — Mère un peu nerveuse. — Cousin, danse de St-Guy dans l'enfance. — Sœur morte de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 11 ans. Marche et parole à 18 mois. — Onanisme à partir de 4 ans. — Début de l'épilepsie à 5 ans et 9 mois; accès d'abord nocturnes semblant prédominer à droite (?), puis diurnes et nocturnes. — Diminution des facultés intellectuelles, aggravée par l'apparition des vertiges. — Arrêt momentané des accès après une émotion. — Description du malade. — Diarrhée séreuse. — État de mal épileptique; mort.*

AUTOPSIE. — *Asymétrie crânienne. — Inégalité des hémisphères cérébraux : H. gauche 55 gr. de moins que le droit. — Adhérences de la pie-mère (méningite).*

Herg... (Henri Paul Siméon), âgé de 7 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 9 octobre 1880.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant*). — PÈRE, 49 ans, ferblantier; taille moyenne, un peu nerveux, bonne santé, ne fait pas d'excès alcooliques. [Son père se livrait à la boisson, nul autre détail sur lui. — Sa

mère, paralysée du côté gauche, est morte d'une pneumonie à la Salpêtrière. — Aucun antécédent nerveux dans la famille où l'on meurt très vieux en général.]

MÈRE, 38 ans, cuisinière, grande, blonde, intelligente, un peu nerveuse, mais sans attaque hystérique ; aucune maladie antérieure autre qu'un érysipèle à 24 ans. [Son *père*, couvreur en chaume, serait mort, à 34 ans, d'une « fièvre chaude » ; cela parait avoir été une fièvre typhoïde car il en serait mort « 80 dans le pays à ce moment là ». — Sa *mère* vit encore, est rhumatisante, pas nerveuse. — Un neveu a eu « *la danse de Saint-Guy*, dont il est guéri ». — Dans le reste de la famille, aucun antécédent nerveux.] — Pas de consanguinité.

Deux *enfants* : 1° Une fille, morte à 22 mois à la suite de *convulsions internes*, durant une dentition difficile.

2° **Notre malade.** — La *grossesse* a été bonne, l'*accouchement* à terme et naturel. Herg... a été élevé au sein par sa mère jusqu'à 2 ans ; il a été propre depuis l'âge de 3 mois, parce que « dès qu'il se remuait, sa mère le mettait sur le vase ». Il a marché à 18 mois et a parlé très franchement vers la même époque. C'était un bel enfant, vif, nerveux, vigoureux, non colérique ; il n'a pas eu de convulsions. Rougeole à 5 ans ; légère ophthalmie à 6 ans ; aucune manifestation scrofuleuse ni rhumatismale. Son sommeil était généralement bon, il n'avait pas de rève, ni de peur. Depuis l'âge de 4 ans, il se livrait la nuit à l'*onanisme*. Il aurait contracté cette habitude chez une mére nourricière qui « lui prenait la verge et lui parlait constamment de sa bichette ».

A 5 ans et 9 mois débute l'*épilepsie* sans cause connue, si ce n'est, dit la mère, qu'il se « vidait le cerveau » par ses attouchements répétés. Au début, les accès furent régulièrement *nocturnes*. Le malade ne prévenait pour ainsi dire pas : il poussait des « oh! oh! » étouffés et perdait connaissance. Il ne s'est jamais sérieusement blessé dans ses chûtes. Il devenait rigide, *surtout à droite*, les pouces en dedans, puis bientôt survenaient des secousses cloniques ; enfin, le stertor, avec ou sans écume, et morsure de la langue. Le tout durait à peine 5 minutes et H... revenait à lui rapidement. Quelquefois pourtant, il cherchait les allumettes ; il aimait aussi à voir son sang et se coupait pour le voir couler. Kleptomanie. A 6 ans 1/2, il entra aux Enfants-Malades pour un « dérangement de la colonne vertébrale » et fut envoyé ensuite en convalescence à La Roche-Guyon ; il rentra chez sa mère après 5 mois, en avril 1880. A ce moment, il avait un *accès toutes les*

nuits et fut traité par le bromure de potassium, puis par l'homœopathie, ce qui aurait éloigné les accès à tous les deux jours. Ce ne fut qu'une amélioration passagère et bientôt aux accès nocturnes s'en ajoutèrent de *diurnes*. L'intelligence diminua beaucoup. L'enfant perdit la mémoire ; parfois il avait de rares éclaircies. De même, il ne sût bientôt plus manger proprement, ni s'habiller ; cependant il n'est pas encore gâteux. Les accès devinrent plus fréquents, il en eut jusqu'à 8 dans les 24 heures. Il s'y ajouta des *étourdissements* à la suite desquels la mémoire « s'égara davantage ». Un jour, en s'amusant, il avala *un sou*, et soit effet moral, bien qu'il n'eut pas l'air effrayé, soit par l'action du cuivre (?), il resta 4 jours sans voir revenir ses accès, alors quotidiens au minimum. Il est vrai que le même jour il dégringola une douzaine de marches d'escalier.

État actuel (13 octobre). — Cet enfant a la tête assez développée, avec prédominance de la partie postérieure. Voici les résultats de quelques mensurations :

Circonférence horizontale........................	51, 1/2
Circonférence d'une oreille à l'autre.............	29, 1/2
Circonférence d'un tragus à l'autre par la base du front..	22, 1/2
Diamètre antéro-postérieur.........................	34
Diamètre bi-pariétal..............................	14, 1/2

Le *front* est haut, bombé, un peu déprimé sur les côtés ; les *arcades sourcillières* sont assez saillantes.

Les *oreilles* sont normales ; le *nez* est aquilin ; un peu de blépharite ciliaire ; iris bleus ; *bouche* moyenne ; lèvres assez épaisses, surtout l'inférieure ; arcades dentaires régulières, dents bien rangées et au complet. La *voûte palatine* est assez profonde, un peu ogivale mais symétrique ; voile régulier ; amygdales normales. — Pas d'asymétrie faciale. — *Cheveux* châtains, abondants ; cils, sourcils, châtains et abondants.

Le *tronc* est bien conformé. — Les *membres* sont longs, grêles, peu musclés ; aucune malformation ; le bras gauche est un peu plus fort, le malade a de la tendance à s'en servir de préférence. — Les *organes génitaux* sont naturels.

La *peau* est saine ; — cicatrices vaccinales sur les bras ; petite ulcération sur le coccyx due à un bouton écorché.

Digestion : l'enfant mange seul, mâche mal ses aliments ; appétit médiocre ; selles régulières ; pas de gâtisme.

Respiration normale d'habitude. Actuellement elle est un peu ronflante en arrière. — *Circulation* : cœur normal, 100 P.

Intelligence : reconnait bien sa mère, est affectueux; il arrive à classer les carrés d'un jeu de patience. La *parole* est libre, il parait qu'il dit tous les mots mais à nous il ne dit que « bonjour, monsieur, madame, papa, maman ». Il ne sait pas s'habiller, mais s'aide un peu quand on l'habille. — *Poids :* 17 k. 200. — *Taille :* 1 m. 10. — Il a eu deux accès dans la nuit, est endormi ; son haleine a l'odeur âcre, pénétrante, acide, caractéristique des épileptiques après les accès.

14 *octobre*. — L'enfant s'est réveillé dans l'après-midi, a bavardé, a voulu être habillé ; plusieurs selles diarrhéiques. T. R. 37°, 6.

16 *octobre*. — La *diarrhée* a continué ; cette nuit, H... a gâté. — *Traitement* : Sirop d'ipéca, 40 gr. et 0 gr. 40 de poudre d'ipéca ; pas de vomissements. — Lait, eau albumineuse.

17 *octobre*. — T. R. 40°.

18 *octobre*. — T. R. 38°, 6. — *Soir :* 39°.

19 *octobre*. — T. R. 38°, 2. — La langue est un peu chargée, pas de vomissements ; la diarrhée parait diminuer un peu ; selles involontaires ; cependant il appelle quand il a besoin ; ventre un peu ballonné ; léger érythème des fesses. — Lait, œufs, eau albumineuse.

20 *octobre*. — *Soir :* T.R. 37°, 8.

21 *octobre*. — T.R. 37°, 6. La diarrhée paraît un peu diminuer. — 23 *octobre*. La diarrhée séreuse persiste.

2 *novembre*. — Toujours de la diarrhée ; amaigrissement très-prononcé. Sulfate de quinine, 0, 60 ; même régime.

9 *novembre*. — La diarrhée continue malgré le sulfate de quinine donné pendant 4 jours ; potion avec sous-nitrate de bismuth 5 gr. et laudanum 5 gouttes.

11 *décembre*. — Après la potion précédente, on a eu recours au ratanhia et les selles ont paru devenir plus épaisses. Le malade est plus gai, demande à manger, à se lever. Même régime et, de plus, côtelette.

13 *décembre*. — Amélioration notable ; la diarrhée est beaucoup moins abondante.

22 *décembre*. — Nombreux accès dans la nuit (10) ; T.R. 39°, 6. Dans un accès pendant la visite, on constate que la tête se tourne à gauche et que les pupilles sont légèrement dilatées. La phase tétanique se termine par une série de petits mouvements des paupières et de la face ; cyanose rapide : quelques rares mouvements cloniques ; stertor prolongé, bave sanglante, abondante. Dans l'intervalle des accès, le malade est abattu, ses extrémités sont froides. La diarrhée n'a pas reparu. — *Soir* : T.R. 39°, 8.

23 *décembre*. — T.R. 39°. Depuis 24 heures, 36 accès ; l'enfant est très abattu, la face est tournée à gauche, la rigidité du cou empêche la rectification de la position ; les paupières sont entrouvertes ; les pupilles contractées et contractiles. — Langue humide ; ni vomissements, ni diarrhée. — Respiration un peu gênée, légère submatité aux deux bases des poumons surtout à gauche ; râles sibilants ; quelques râles sous-crépitants aux bases, plus abondants à gauche. Eschare au niveau du grand trochanter gauche. Sulfate de quinine 0.50 en lavement. 36 accès. — Mort à minuit. T.R. 42°, 2

Herg.... depuis son entrée (9 octobre 1880) jusqu'à sa mort (24 décembre 1880), soit 76 jours, à eu 195 accès.

Autopsie (25 *décembre*). — *Thorax*. — Pneumonie de la base du *poumon* gauche ; congestion à droite ; pas de tubercules. — *Cœur* 120 grammes, quelques caillots noirs dans les oreillettes.

Abdomen. — *Foie*, 700 grammes ; — *rate*, 90 grammes ; — *reins*, 60 grammes chacun. — La muqueuse du *gros intestin* est très-épaissie, boursouflée, pas d'ulcération.

Tête. — Les *os* du crâne sont assez minces ; pas d'adhérences de la dure-mère. La base du *crâne* est asymétrique ; la bosse orbitaire droite fait une saillie plus marquée en avant ; la fosse sphénoïdale droite est plus profonde et plus large que l'opposée ; la cavité occipitale est plus étendue à gauche.

Encéphale : 1340 grammes. La *pie-mère* est légèrement vascularisée ; pas de taches ecchymotiques. — Les différentes parties de la base de l'encéphale (artères, nerfs, chiasma, etc.) n'offrent pas d'anomalie. — *Cervelet* et *isthme*, 140 grammes. — L'*hémisphère* droit pèse 55 grammes de plus que le gauche. Les circonvolutions sont bien développées. — On ne peut les décortiquer, vu l'adhérence de la pie-mère. Les *masses centrales*, la *corne d'Ammon* sont normales ; les *ventricules* ne sont pas très-dilatés ; la quantité de *liquide céphalo-rachidien* a semblé normale.

Réflexions. — I. L'*hérédité* est relativement peu chargée, autant que les renseignements qui nous ont été fournis permettent d'en juger.

II. Jusqu'à 4 ans l'enfant aurait été normal. Alors

débutent les habitudes d'*onanisme* qui auraient été trés répétées et ont été suivies d'épilepsie vers 6 ans.

III. D'abord nocturnes, les *accès* sont devenus diurnes et nocturnes. Ils ont été progressivement plus fréquents, il s'y est ajouté des *étourdissements* et bientôt, comme cela se voit si souvent, en pareil cas, l'épilepsie s'est compliquée d'un affaiblissement rapide des facultés intellectuelles. Le malade a succombé à un *état de mal*, accompagné de l'élévation habituelle de la température (42°, 2).

IV. La *diarrhée*, maladie intercurrente, a duré près de deux mois. L'examen de l'intestin n'a fait découvrir aucune ulcération.

V. Dans les accès, la rigidité prédominait à droite et, d'habitude, le bras correspondant était plus faible que le gauche. Ces symptômes peuvent s'expliquer par l'arrêt de développement relatif de l'hémisphère gauche (55 gr. de moins que le droit).

IV.

Nouvelle contribution à l'étude de la pseudo-porencéphalie et de la porencéphalie vraie;

PAR BOURNEVILLE ET SCHWARTZ.

Dans des travaux précédents (1), l'un de nous a établi une distinction très nette entre les cas de *pseudo-porencéphalie* et de *porencéphalie vraie*, et rapporté soit seul, soit en collaboration, un certain nombre d'exemples de ces deux genres de lésions, si intéressantes et de cause tout à fait différente. Les trois cas qui suivent ont trait : le premier à une *pseudo-porencéphalie unilatérale*, le second à une *pseudo-porencéphalie bilatérale*, enfin la troisième à une *porencéphalie vraie*.

OBSERVATION I. — **Idiotie et épilepsie symptomatiques de pseudo-porencéphalie unilatérale et de méningo-encéphalite.**

SOMMAIRE. — *Père, fièvres intermittentes prolongées, attaques épileptiformes consécutives à de fréquents excès de boisson. — Renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel, accidents nerveux mal déterminés. — Arrière-grand'mère maternelle morte de la poitrine. — Grand-oncle maternel mort d'attaques de paralysie. — Cousin germain maternel mort de méningite. — Grand'tante maternelle, aliénée. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 mois.*

---

(1) Voir les *Comptes-rendus* du service de Bicêtre de 1880 à 1896 pour les cas de pseudo-porencéphalie et pour la *porencéphalie vraie* : 1890, p. 167, deux cas (avec P. Sollier) ; — 1891, p. 96 (avec P. Sollier) ; — 1892, p. 89 (avec Dauriac).

A la conception, père atteint d'impaludisme. — Émotion vive au 4e mois de la grossesse. — Accouchement à huit mois. — Asphyxie et ophthalmie purulente à la naissance. — Première dent à 16 mois. — Dentition complète à 3 ans. — Marche nulle. — Quelques mots vers 3 ans. — Scarlatine à 3 ans. — Hémiplégie droite. — Rougeole, mort.

AUTOPSIE. — *Os du crâne minces et peu durs. — Pseudo-porencéphalie gauche avec atrophie considérable de l'hémisphère ; méningo-encéphalite prédominant à droite. — Dégénérations secondaires : atrophie, à gauche, de la bandelette optique, du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral, de la protubérance et de la pyramide bulbaire. — Persistance du trou de Botal. — Congestion intense des poumons, avec infiltration tuberculeuse du sommet droit et absence du troisième lobe de ce poumon. — Foie fœtal. — Adénopathie prononcée du mésentère.*

Gaill... (Marguerite), née à Paris, le 16 janvier 1887, est entrée dans notre service, à la Fondation Vallée, le 21 septembre 1891 ; elle est décédée le 6 mars 1897.

Antécédents (*Renseignements fournis par le père et la mère de l'enfant*). (Janvier 1892). — PÈRE, 32 ans, mexicain venu en France à l'âge de 7 ans ; habituellement très-bien portant, il n'a jamais eu que les *fièvres intermittentes*, contractées au Sénégal. Il les a eues durant deux ans dans ce pays, et environ un an après son arrivée en France ; il en était encore atteint au moment de la conception de l'enfant. Ses accès revenaient d'une façon très irrégulière. Ni migraines, ni convulsions. Avant de partir pour le service, il avait eu des *attaques de nerfs*, consécutives, dit-il, à des *excès de boisson*. Il buvait surtout de l'absinthe, 6 à 8 fois par jour. Pendant ses attaques, il se livrait à des mouvements désordonnés, tombait sans connaissance. Cela durait souvent une demi-heure. Il en aurait eu une dizaine en tout. Depuis son retour du Sénégal, il serait devenu plus sobre, mais il a encore le facies d'un alcoolique. Il avoue être assez nerveux et avoir eu 2 ou 3 attaques de nerfs à l'occasion d'émotions. Pas de boule hystérique ; pas de paralysie, d'hémianesthésie. — Pas de syphilis. — Assez grand fumeur. — [*Père*, mort à 48 ans, ouvrier, on ne peut donner aucun renseignement sur lui ; il n'y a absolument aucun détail sur le reste de la famille.]

MÈRE, 32 ans, couturière, intelligente, habituellement très

bien portante. Pas de fièvre typhoïde, ni migraines, ni convulsions, ni syphilis ; sobre, non nerveuse. — [*Père*, 67 ans, d'habitude en bonne santé ; il y a 15 ans, il aurait eu un *ramollissement cérébral*, non accompagné de paralysie, mais son caractère est devenu irritable, il s'en est suivi une perte marquée de la mémoire. Pourtant, il continue son métier, qu'il fait un peu mal, on le garde parce qu'il est un très ancien ouvrier. Très sobre, pas de syphilis, etc. — *Mère*, 60 ans, n'a jamais été malade, n'a jamais eu d'accidents nerveux. — *Grand-père paternel*, mort à 82 ans, de vieillesse. — *Grand'mère paternelle* morte très jeune, on ne sait de quoi. — *Grand'mère maternelle*, morte à 24 ans de la poitrine. — Rien sur le *grand père maternel*. — Pas d'*oncle* ni de *tante paternels* connus. Un *oncle maternel*, mort à 40 ans, *paralysé* ; cette paralysie datait de 12 ans et était survenue brusquement ; il aurait eu plusieurs autres attaques. — Il y a eu d'autres oncles et tantes maternels, morts jeunes et sur lesquels on manque de renseignements. Une *tante maternelle*, cependant, serait devenue *folle* à la suite d'une peur ; elle aurait été deux ans à l'Asile clinique, puis un an dans un autre asile où elle est décédée.]

Inégalité d'âge de 3 mois (père plus âgé). — Pas de consanguinité. — Un seul *enfant*, notre malade. — La mère est enceinte actuellement. — Pas de fausses couches.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, rien de particulier, sauf que le père était atteint d'*impaludisme* et faisait encore quelques *excès d'alcool*. — Au 4e mois de la *grossesse*, le père s'enivra et rentra chez lui très excité, ce qui causa une vive frayeur à la mère. A part ce fait, rien de particulier : pas de chute, pas de coups. Pas d'albuminurie, pas d'ennuis, pas d'alcoolisme, etc. — *Accouchement* à 8 mois, spontané, sans aucune intervention ; depuis 10 jours l'enfant ne remuait plus et un médecin consulté fut tellement frappé de la faiblesse des bruits cardiaques, qu'il redouta la mort de l'enfant. Les grandes douleurs durèrent 7 h. 1/2. — L'enfant était faible *à la naissance*, ne respirait pas ; la respiration ne reparut qu'au bout d'une heure de flagellations. Elle était d'ailleurs bien constituée. — Elle fut élevée au biberon jusqu'à l'âge de 4 ans et demi. — *Première dent* à 16 mois. — *Dentition complète* à 3 ans. — Elle ne marche pas, a commencé à dire : papa, maman, à 3 ans 1/2, mais depuis quelque temps elle ne dit plus rien. Ajoutons que, à la naissance, elle avait une *ophtalmie purulente*, qui a guéri promptement. — Vers 3 mois et demi, *convulsions internes*. L'enfant tombait

sans connaissance, tournait les yeux, et restait ainsi immobile pendant quelques minutes; ces accidents se seraient renouvelés 3 ou 4 fois. — En novembre 1890, les parents consultèrent M. Lannelongue. Il admit l'enfant dans ses salles en vue d'une intervention. L'enfant contracta la scarlatine, et après la guérison, qui eut lieu sans complication, M. Lannelongue refusa d'opérer.

L'enfant n'a jamais été normale; elle a toujours été *idiote* et *paralysée du côté droit*, du moins, les parents l'ont toujours vue ainsi. Tout lui est indifférent « elle ne connait que son biberon »; autrefois elle paraissait reconnaître son père, plus maintenant. Quelquefois, accès de colère, avec cris. Elle bave beaucoup, est complètement gâteuse. Pas de traumatisme. Les parents n'émettent aucune hypothèse sur la cause probable de la maladie de leur enfant.

État actuel (14 *novembre* 1891). — Enfant de taille moyenne, d'une constitution peu robuste. — Facies peu expressif.

Tête symétrique, un peu allongée dans le sens antéro-postérieur, front étroit, bosses pariétales saillantes. — *Crâne*, assez régulièrement conformé, sauf une saillie dans la région occipitale. — Fontanelles fermées, — cependant il y a une légère dépression au niveau de la partie droite de la grande fontanelle. — Cheveux châtains clairs, rudes, irrégulièrement implantés. — Arcades orbitaires longues, légèrement fuyantes en bas et en dehors; sourcils longs, peu fournis, châtains clairs. *Yeux* assez enfoncés dans l'orbite; fentes palpébrales larges, légèrement obliques (type Mongol). — Paupières supérieures hautes, — cils châtains foncés et de longueur moyenne. Iris marron, pupilles dilatées, la droite un peu plus grande. Réaction normale à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a ni paralysie, ni nystagmus, ni exophtalmie, ni strabisme. — *Nez* court, aplati, légèrement camus. Lobule assez gros, narines dilatées. — *L'odorat* semble exister. — *Bouche* largement fendue, symétrique. — Lèvre supérieure courte, un peu épaisse. — Lèvre inférieure mince, légèrement retroussée, un peu fendillée. — Gencives saines et pâles. Arcade alvéolaire un peu allongée. — Voûte palatine un peu grande; voile du palais, piliers symétriques et mobiles; luette très courte non déviée; amygdales très grosses. — *Réflexe pharyngien* normal. — *Langue* large, étalée. Le *goût* paraît exister. — *Menton* petit et pointu. — *Oreilles* de grandeur moyenne, bien ourlées, à lobule adhérent. *Ouïe* bonne.

Cou court, circonférence à la partie moyenne : 23. 5. Pas

de cicatrices, pas d'adénite cervicale. — *Corps thyroïde* perceptible à la palpation, mais petit.

Thorax. — Malformations assez marquées : agrandissement du diamètre antéro-postérieur, sternum projeté en avant, surtout à la partie inférieure, nodosités chondro-costales; rachis normal, présentant cependant une très légère *scoliose* à concavité droite, portant sur la région dorso-lombaire. — Courbe des côtes agrandie. Régions mammaires non saillantes, aréole de la grandeur d'une pièce de 0 fr., 50, mamelon de la grosseur d'une tête d'épingle ; le thorax est complètement glabre. — Auscultation : quelques râles de bronchite disséminés. — Au cœur : pointe 5e espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire ; son choc est peu marqué ; à la pointe; le 1er bruit semble prolongé et le claquement des sigmoïdes est un peu fort. Pouls normal.

Abdomen un peu saillant; peau fine et simple, sillonnée de quelques veinules bleuâtres. Ombilic un peu déprimé.

Membres : Hémiplégie du côté droit, peu prononcée. — Les mensurations donnent de ce côté des chiffres un peu moins élevés (V. p. 51). Au membre supérieur, la paralysie porte surtout sur les extenseurs, avec contracture peu marquée des fléchisseurs. L'avant-bras est en flexion sur le bras, en demi-pronation ; les doigts sont demi-fléchis, le pouce dans la paume de la main. Cette attitude est facile à vaincre et on place sans peine le membre dans l'extension complète. Aux *membres inférieurs*, les différences sont moins accusées. Dans le décubitus dorsal, l'enfant est pelotonnée sur elle-même, les membres inférieurs fléchis sur le bassin, mais le membre droit oppose une résistance plus grande quand on veut le ramener dans l'extension. Le pied droit est en léger *varus équin* ; cette attitude se corrige d'ailleurs facilement. — *Réflexes rotuliens* un peu exagérés, surtout à droite. *Réflexes plantaires* peu marqués. — *Sensibilité générale* normale.

Pénil moyennement saillant, glabre ; grandes lèvres assez épaisses, accolées, un peu érythémateuses ; petites lèvres courtes, assez développées en hauteur ; capuchon assez grand et recouvrant complètement un clitoris peu développé. — Tubercule antérieur du vagin assez gros. — Hymen un peu boursouflé. Fourchette saillante. Région anale normale et glabre.

L'enfant ne sait pas manger seule et bave ; il n'y a ni rumination, ni salacité. — Elle ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller, et constamment elle a ses mains aux organes génitaux.

Traitement : Bains salés tous les deux jours. Exercices des jointures et de la marche; sirop d'iodure de fer.

1891. 25 *octobre.* — Depuis quelques jours l'enfant tousse et n'a point d'appétit ; un peu de fièvre. A l'auscultation, on constate les signes d'une bronchite légère : toux quinteuse, un peu coqueluchoïde. Râles sonores disséminés dans la poitrine, avec quelques râles sous-crépitants moyens ; langue sale avec anorexie. — Traitement : potion calmante ; vomitif.

5 *novembre.* — Toux toujours quinteuse et l'on se demande si l'enfant ne va pas avoir la coqueluche ; toujours très peu d'appétit ; pas de modifications dans les signes stéthoscopiques. — 8 *nov.* — Amélioration notable ; l'état général est meilleur et l'enfant tousse moins. L'appétit revient.

13 *novembre.* — Les signes stéthoscopiques disparaissent et l'enfant va visiblement mieux.

21 *novembre.* — Revaccination sans résultat.

1892. — L'enfant paraît avoir fait de légers progrès, en ce sens qu'elle semble éprouver un certain plaisir à voir ses parents ; elle est toujours aussi coléreuse et le gâtisme n'a guère diminué.

1893. 17 *janvier.* — Balancement et fréquents changements de coloration de la face, qui, très pâle, devient subitement d'un rouge vif ; -- ces phénomènes se présenteraient par accès.

Mai. — *Puberté :* Seins non développés ; aisselles glabres ; ainsi que les organes génitaux ; petites lèvres peu hautes ; capuchon long, recouvrant complètement le clitoris. — Hymen saillant avec orifice central.

4 *juillet.* — L'enfant est sujette à des *vertiges*, mais n'a pas encore eu d'accès. — *Traitement :* 2 bains salés ; 2 capsules de *bromure de camphre* ; aller jusqu'à 4.

1894. — Peu de modification dans l'état de l'enfant. Persistance des *vertiges* et apparition des *accès* à la fin de juillet 1893. Même traitement ; arrêt de l'hydrothérapie en novembre.

1895. — Même traitement : reprise de l'hydrothérapie en avril.

Juin. — *Puberté :* Seins non développés ; corps absolument glabre ; grandes lèvres assez grosses ; petites lèvres normales ; clitoris complètement recouvert ; région anale normale.

Décembre. — Arrêt de l'hydrothérapie. L'enfant présente toujours des *accès* et beaucoup de *vertiges*, se balance sans

cesse, mange beaucoup et, malgré cela, tombe dans un état de maigreur extrème (voir p. 53).

1896. *Juin.* — *Puberté :* Corps glabre, sauf quelques poils au niveau des bras ; seins non développés ; grandes et petites lèvres normales, etc. — Même traitement. — Douches.

25 *décembre.* — Arrêt de l'hydrothérapie. L'enfant a toujours de nombreux *vertiges*, caractérisés par des changements de coloration de la face avec arrêt plus ou moins long de la respiration et des accès de plus en plus fréquents (V. p. 54). — La cachexie progresse.

1897. 5 *mars.* — L'enfant entre à l'isolement le 5 mars pour la *rougeole;* éruption très pâle, peu marquée à la face, quelques rares taches sur le thorax. — L'enfant est cachectique et dans un très mauvais état. Escharre à la fesse. T.R. 38°,1 ; R. 60; pouls filiforme, imperceptible. A l'auscultation, râles sous-crépitants dans les deux poumons. — V. T. 40°.

6 *mars* : mort. — T.R. aussitôt après la mort 39°,2 ; — un quart d'heure après, 38° ; — une heure après, 37° ; — 2 heures après, 36°,2. — six heures après, 32°. — neuf heures après, 8°. — Température de la salle : 10°.

AUTOPSIE, faite 29 heures après la mort. — L'*aspect extérieur* du corps dénote une cachexie très prononcée ; toutes les saillies osseuses sont visibles et palpables à travers la peau ; cette dernière est d'un blanc mat avec plaques violacées au niveau des fosses iliaques et rouge foncé au niveau des fesses.

Tête. — *Cuir chevelu* très amaigri, un peu ecchymotique en avant. — Les *os du crâne* sont minces et peu durs. Il existe une légère dépression de l'os frontal droit ; le pariétal correspondant est notablement aplati dans sa moitié antérieure; l'occipital du même côté est également déprimé ; le droit est plus convexe. L'occipital est plus proéminent à droite qu'à gauche et s'imbrique par dessus les bords postérieurs des pariétaux. — Grandes plaques transparentes au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal gauche(1). Toutes les *sutures* sont très dentelées. — La *dure-mère* n'offre rien de particulier ; adhérences de la pointe des lobes temporaux avec la dure-mère de la base. Entre la dure-mère et le

(1) Ce qui explique la dépression notée dans l'*état actuel* de l'enfant (p. 44).

cerveau, il existe uu vide considérable. — Le *liquide céphalo-rachidien* se trouve en quantité ordinaire.

La *pie-mère* présente une fine vascularisation. — Les *nerfs optiques* et *olfactifs* paraissent égaux, mais la *bandelette optique gauche* est d'environ un quart moins large que la droite ; le *tubercule mamillaire gauche* est notablement plus petit que le droit ; il en est de même pour le *pédoncule cérébral gauche*, qui a une coloration grise sur son bord interne et à sa partie moyenne ; la *moitié gauche* de la *protubérance* est déprimée, tandis que la droite est bombée ; la *pyramide antérieure* gauche est réduite à une petite bandelette grise tout à fait en retrait.

Cerveau. Ce qui frappe tout d'abord c'est le volume beaucoup plus considérable de l'*hémisphère droit* (477 gr.) qui est presque le double de celui de l'hémisphère gauche (250 gr.), lequel est beaucoup plus mince et beaucoup plus court.

Hémisphère droit. — Face externe. La scissure de Sylvius est un peu anormalement ouverte. On prévoit qu'il doit y avoir là un début des lésions que nous allons trouver très intenses sur l'hémisphère gauche.

Lobe frontal. — Les quatre circonvolutions frontales sont normalement développées, mais la séparation entre les première, deuxième et troisième frontales n'est pas nette, des plis de passage unissent largement ces trois circonvolutions. Au contraire, la frontale ascendante est nettement séparée, des précédentes par le sillon prérolandique. Mais ce que l'on constate sur ce lobe frontal, c'est surtout l'absence, en de nombreux points, de l'écorce grise et d'une partie de la substance blanche, perte de substance qui est dûe à la *méningo-encéphalite* existant en ces points et par suite de laquelle la pie-mère a entraîné avec elle la substance sous-jacente. Les points particulièrement lésés sont le bord supérieur de la F^1, les parties postérieure et moyenne de la F^2, la partie moyenne de la F^3 et le tiers supérieur de la frontale ascendante (F.A). Le *sillon de Rolando* est nettement marqué. A l'union de la frontale et de la pariétale ascendantes, en haut et en bas, on constate les lésions de la *méningo-encéphalite.*

Lobe pariétal. — Le sillon inter-pariétal est normal. Sur la pariétale ascendante, sur le tiers inférieur de la pariétale supérieure, sur les deux tiers inférieurs de la pariétale inférieure, ainsi que sur le lobule du pli courbe, lésions prononcées de *méningo-encéphalite.* Ce dernier contrairement à

l'état normal ne s'insère pas sur l'union de la pariétale inférieure et de la temporale supérieure, de telle sorte qu'en suivant avec le doigt ou une pince, la scissure parallèle du lobe temporal, on n'est pas arrêté par l'insertion du lobule.

Lobe occipital. — Rien de bien intéressant. La scissure perpendiculaire externe n'existe pas et des plis de passage vont du lobe pariétal et du lobe temporal jusque dans le lobe occipital. Lésions méningitiques très limitées.

Lobe temporal. — Rien à noter si ce n'est les lésions de méningo-encéphalite sur toute la temporale supérieure et sur la partie postérieure des T² et T³. Le lobule de l'insula parait absolument sain.

Face interne. — Au point de vue de la constitution anatomique, elle ne présente point d'anomalies; on y retrouve facilement la circonvolution frontale interne avec ses incisures, le lobule paracentral, le lobule quadrilatère et le coin. Toutes ces circonvolutions, surtout au bord supérieur de l'hémisphère, sont atteintes de méningo-encéphalite. — La circonvolution du corps calleux est altérée dans sa partie moyenne. — Le *ventricule latéral* est normal ainsi que ses parois constituantes : corps calleux, noyau caudé, couche optique.

Face inférieure. — La scissure de Sylvius est large et profonde. Toutes les circonvolutions de cette face inférieure sont normales avec lésions de méningo-encéphalite sur la partie moyenne du lobe temporo-occipital. Le pli de passage temporo-limbique existe.

Hémisphère gauche. — Répétons d'abord que cet hémisphère est de *volume moitié moindre* que celui de l'hémisphère droit, que cette diminution de volume atteint toutes les dimensions et qu'elle se traduit par une différence de poids de 222 gr.

Face externe. — Ce que l'on constate à première vue sur cette face, c'est une *cavité* large et profonde, d'environ six centimètres de longueur occupant la région péri-sylvienne et n'étant pour ainsi dire qu'un élargissement de la scissure de Sylvius. Mais si l'on examine de plus près, on constate qu'en réalité cette cavité a pris la place des circonvolutions qui normalement occupent cette région. Ainsi, dans le lobe frontal, la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale n'existe pas. Toute la première circonvolution temporale est absente ainsi que le lobule du pli courbe. Enfin tout le lobule de l'insula fait défaut. C'est donc bien une

cavité qui existe là, à la place des circonvolutions susnommées. Si nous ouvrons cette cavité, ce qui est facile, nous y apercevons la pie-mère qui en tapisse le fond, parcourue par des vaisseaux bleuâtres. Cette pie-mère n'est autre que la pie-mère externe s'accolant avec la pie-mère cérébrale, de la paroi externe du ventricule latéral. Une incision de cette double membrane nous mène, en effet, dans le ventricule latéral. En conséquence, la cavité de la face externe et la cavité du ventricule latéral sont adjacentes, séparées par deux feuillets, l'un externe, visible sur la face externe du cerveau, la pie-mère externe, l'autre interne, visible dans la cavité ventriculaire, c'est la pie-mère interne. Il y a donc ainsi disparition de toute cette région cérébrale qui correspond à l'insula : capsule interne, noyau lenticulaire, capsule externe et avant-mur. Si l'on regarde par le ventricule, on constate une *atrophie* considérable de la *couche optique* et du *noyau caudé*. A part cette lésion, la face externe du cerveau ne présente rien de particulier si ce n'est la *méningo-encéphalite* qui atteint la deuxième circonvolution frontale, presque tout le lobe pariétal et le lobe occipital et de plus une *atrophie de toutes les circonvolutions* (PLANCHE I).

Sur la *face interne* rien à noter. Lésions de méningo-encéphalite sur la moitié antérieure de la circonvolution du corps calleux et sur le lobule quadrilatère. Les circonvolutions et les scissures s'y montrent avec leur caractères habituels. Les plis de passage cunéo-limbique et temporo-limbique existent normalement.

Face inférieure. — Rien à signaler sauf quelques points de méningo-encéphalite disséminés sur le lobe temporo-occipital et sur le bord interne du lobe orbitaire.

Le *cervelet* n'offre aucune anomalie soit dans ses circonvolutions, soit dans ses sillons.

Cou. — *Corps thyroïde*, petit et normal comme forme ; la pyramide de Lalouette se détache du lobe médian. — *Thymus*. remplacé par du tissu cellulaire assez abondant.

Thorax. — *Cœur,* noyé dans une quantité assez grande de liquide péricardique ; il a une coloration pâle et il est mou. Il n'existe aucune anomalie dans les cavités cardiaques, ni dans les grands vaisseaux, si ce n'est la *persistance du trou de Botal.* — *Poumons* : quelques adhérences au niveau du sommet droit, assez solides pour obliger de déchirer le tissu pulmonaire ; le poumon gauche a son aspect normal ; à la

Membres supérieurs.

	1891 Juillet.		1892 Janvier.		1893 Juillet.		1895 Janvier.		1896 Décembre.	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle........	14	16	15	16	16	17	16	17	22.5	22.5
Circonf. à 0m 10 au-dessus de l'olécrâne....	13	13	14	1	15	16	15	16	15.5	16
— à 0m 10 au-dessous de —	13	13.5	11	13	12	14	12	14	13	13.5
— au niveau du poignet..............	10	10.5	10	11	10	11	10	11	10	11
— — du métacarpe...........	11.5	11.5	12	12.5	12.5	13.5	12.5	13.5	12.5	12.5
Distance de l'acromion à l'olécrâne..........	21	22	19.5	21	22	23	22	23	22	24
Dist. de l'olécrâne à l'apoph. styl. du cubitus	15	16	15.5	16	16	17	16	17	16	18
— du cubitus à l'extrémité du médius....	11	12	11	12	12	13	12	13	12	13

Membres inférieurs.

	1891 Juillet.		1892 Janvier.		1893 Juillet.		1895 Janvier.		1896 Décembre.	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aine...........	23	24	23	24	23	24	23	24.5	22.6	23
— à 0m 10 au-dessus de la rotule.	17	16	20	21	17.5	16.5	17.5	16.5	18	18.5
— à 0m 10 au-dessous de —	15	14	14.5	14.5	16	15	16	15	17	16.5
— au niveau du cou-de-pied....	12	12.5	12	13	12	13	13	13.5	14	14
— à la partie moyenne du pied..	12	12.5	13.5	13	13	13	13	13	15	14
Dist. de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou................	26.5	26	30	30	26	26	26	26	30	28
Dist. de l'interligne à la malléole externe...	22	22	22	22	23	22.5	23	22.5	22	23
— de la malléole externe à l'extrémité du médius................................	11.5	11	10.5	11	10.5	11	10.5	11	13	14
Pied { Longueur										13.5
Pied { Largeur..........................									5	4.5

Tableau des mensurations de la tête, du poids et de la taille.

MESURES DE LA TÊTE.	1891	1892	1893		1894	1895		1896		1897
	Juill.	Juill.	Janv.	Juill.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima.	47.5	48	49	49	49	49	49	49	49	49
Demi-circonf. bi-auriculaire	32	31.5	32	33	33	33	33	33	33	33
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	32	32.7	34	35	35	35	35	35	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum	15.8	16	17	17	17	17	17	17	17	17
Diamètre bi-auriculaire	10	11.5	12	12	12	12	12	12	12	12
— bi-pariétal	12.8	12.8	15	15	15	15	15	15	15	15
— bi-temporal	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10
Hauteur médiane du front.	5.5	6	6	6	6	6	6	6	6	6

	1891	1892		1893		1894		1895		1896		1897
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	15 k.	13 k.	12 k. 50	13 k. 50	13 k. 50	13 k.	16 k.	16 k.	15 k. 50	16 k.	16 k. 50	15 k.
Taille	1 m	1 m	1 m	1 m	1 m	1 m	1 m 03	1 m 03	1 m 04	1 m 06	1 m 08	1 m 08

coupe, on constate, dans la base seulement, une partie plus dure que le reste, ayant un aspect brunâtre et ne crépitant plus. (Hémorrhagie parenchymateuse probable). — Dans tout le reste du poumon, aspect et crépité normaux. — Le poumon droit n'a que deux lobes; la scissure oblique n'est qu'ébauchée et a un cent. de longueur ; le sommet des deux lobes est dur et présente de l'*infiltration tuberculeuse* sur une hauteur de 2 à 3 cm. A la coupe, il se produit un écoulement de sang épais, et c'est en ce point qu'existaient les adhérences précédemment décrites.

Mois.	1893.		1894.		1895.		1896.		1897.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	»	2	»	3	1	10	5	56	3
Février	—	»	1	»	2	5	12	6	62	4
Mars	—	»	1	1	4	»	8	10	3	»
Avril	»	6	1	1	6	»	15	»		
Mai	»	3	2	3	8	»	17	6		
Juin	»	3	1	2	12	1	15	4		
Juillet	1	3	2	2	17	7	20	11		
Août	2	»	1	1	10	8	25	15		
Septembre	6	3	1	»	11	7	31	8		
Octobre	»	»	1	2	17	18	32	4		
Novembre	6	»	2	1	19	58	57	4		
Décembre	5	2	1	2	5	15	65	12		
Totaux	20	20	16	15	114	120	307	84	121	7

Abdomen. — *Foie:* ne dépasse pas les fausses côtes ; il traverse la ligne médiane et remplit l'hypochondre gauche ; il est constitué par un lobe médian, véritable isthme, avec deux lobes latéraux plus larges. Le tissu hépatique a une consistance ferme. La *vésicule biliaire* contient de la bile noire, mais pas de calculs. — *Estomac*: petit, rien d'anormal, ainsi que le *pancréas*. — *Rate:* petite, consistance ferme au palper et à la coupe. — *Intestin:* ne contient pas de corps étrangers ; le mésentère est congestionné avec adénophathie très marquée. *Vessie* : remplie d'urine, pas de calculs. — *Organes génitaux* normaux. — *Rein* : gauche, petit, avec hile très peu marqué ; la capsule surrénale est dure. A la coupe, rien d'anormal.

Rein droit, gros ; sa capsule est blanchâtre ; le hile est également très peu marqué, la coupe est normale.

Hémisphère cérébral droit	477 gr.
— — gauche	255 gr.
— cérébelleux droit	55 gr.
— — gauche	55 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Encéphale	857 gr.
Liquide céphalo-rachidien	30 gr.
Moëlle épinière	30 gr.
Corps thyroïde	3 gr.
Thymus	pas trace.
Cœur	80 gr.
Poumon droit	140 gr.
— gauche	140 gr.
Foie	440 gr.
Rate	24 gr.
Capsule surrénale droite	5 gr.
— — gauche	5 gr.
Rein droit	50 gr.
Rein gauche	58 gr.
Pancréas	24 gr.

Examen microscopique du bulbe et de la moelle *(agénésie unilatérale du faisceau pyramidal droit)*; par le Dr PHILIPPE. — Le *bulbe*, le *renflement cervical*, la *moelle dorsale*, le *renflement lombaire*, ont été examinés au microscope, après coloration par l'hématoxyline de Weigert-Pal, ou par le picrocarmin de Ranvier. — On rencontre, à tous les niveaux, une «*agénésie*» presque totale du *faisceau pyramidal droit*. Ainsi dans la région des olives (bulbe), au-dessus de l'entrecroisement moteur, la pyramide motrice gauche n'existe à peu près pas ; on trouve là une dépression considérable qui contraste singulièrement, même à l'œil nu, avec la saillie formée par la pyramide normale. L'agénésie se montre dans le renflement cervical, dans la moelle dorsale, dans le renflement lombaire, à la place marquée pour les fibres pyramidales. Chose à signaler, le faisceau croisé surtout est absent, même il est permis de se demander si le faisceau direct n'a pas son développement normal. Cette agénésie produit, dans toute la moelle, une asymétrie remarquable pour les deux cordons latéraux, dont le gauche a son volume habituel, tandis que le droit est tout petit.

Nous avons pu, cela va de soi, nous assurer que l'agénésie était bien réelle ; en d'autres termes, il ne s'agit pas, dans le cas actuel, d'uue anomalie simple dans le développement des deux faisceaux pyramidaux, dont le gauche, par exemple, se serait considérablement développé aux dépens du faisceau

droit (cas de Charcot, Flechsig, Pitres, etc.). A ce sujet, deux constatations sont absolument convaincantes : d'abord, le faisceau pyramidal croisé gauche, a un volume ordinaire non supérieur à la normale, puis l'agénésie s'aecompagne d'une légère sclérose conjonctivo-névroglique, suffisante à elle seule, pour démontrer qu'il s'agit bien d'un processus ancien pathologique, et non pas d'un simple vice de développement.

RÉFLEXIONS. — I. Nous devons relever chez le *père* des *excès de boisson*, des *attaques de nerfs*, des accès de *fièvre intermittente*, qui existaient lorsque l'enfant a été conçue ; — du *côté maternel*, le grand-père est atteint de *ramollissement cérébral*, un grand-oncle est mort *paralysé*, une grand'tante serait morte *aliénée*. Peut-être l'*hérédité* est-elle plus chargée car nos renseignements sur les deux familles sont incomplets.

II. Dans les *antécédents personnels* de l'enfant, nous avons à noter la *conception* alors que le père était sous l'influence de l'impaludisme et commettait encore de fréquents excès de boisson ; — une vive *frayeur* de la mère au quatrième mois de la grossesse ; — la *disparition des mouvements*, la *faiblesse des bruits cardiaques* de l'enfant ; sa naissance *avant terme* et en état prononcé d'*asphyxie* ; — enfin des *convulsions* dites *internes* à trois mois et demi.

III. Toutes les causes que nous venons d'énumérer nous paraissent suffisantes pour démontrer la *congénialité* de la lésion qui a abouti à la production du *pseudo-kyste* ou de la *pseudo-porencéphalie* de l'*hémisphère cérébral* gauche, dont nous avons tracé la description. Les *convulsions internes* survenues à trois mois et demi en sont, à notre avis, la conséquence et non l'origine.

IV. C'est à cette lésion que se rattachent l'*hémi-*

plégie du côté droit et les *dégénérations secondaires* intéressant la *bandelette optique*, le *tubercule mamillaire*, le *pédoncule cérébral*, la *pyramide antérieure* du *côté gauche*, la diminution de la moitié correspondante de la *protubérance*, l'*arrêt de développement* de tout l'*hémisphère cérébral gauche*, se traduisant par une infériorité de poids de 222 gr., enfin l'*agénésie du faisceau pyramidal droit*.

V. A quelle époque est apparue la *méningo-encéphalite*, nous l'ignorons. Elle était plus étendue à droite qu'à gauche. Les *crises de colère*, les *troubles vaso-moteurs*, les *vertiges* puis les *accès épileptiques*, qui sont devenus rapidement de plus en plus fréquents, nous semblent relever de ces lésions bien plutôt que de la pseudo-porencéphalie. C'est à elles surtout qu'il faut attribuer l'insuccès du *traitement médico-pédagogique*.

La *coexistence*, dans ce cas, d'une *lésion congénitale en foyer* avec *hémiplégie* compliquée de *pied bot varus équin* et d'une *méningo-encéphalite* montrent combien un diagnostic anatomo-pathologique précis est parfois difficile chez les enfants atteints d'idiotie.

OBS. II. — **Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie double ou bilatérale ; — cachexie progressive.**

SOMMAIRE. — *Antécédents héréditaires et personnels inconnus. — Enfant chétive. — Idiotie avec turbulence ; balancement ; — gâtisme. — Cachexie progressive avec escharres au sacrum ; — mort.*

AUTOPSIE. — *Pseudo-kyste du lobe temporal gauche et droit avec atrophie du lobe occipital gauche et du lobe frontal droit. — Atrophie à gauche du nerf optique, de la bandelette optique, du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral, de la pyramide bulbaire.*

Voisen... (Denise), née le 9 juillet 1895, est entrée à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 16 janvier 1897.

Antécédents. — L'enfant vient de l'hospice des Enfants-Assistés, aussi n'avons-nous absolument aucun renseignement sur sa famille et ses antécédents personnels. Voici, à titre de spécimen de nos procédés d'observation le tableau de la température de l'enfant durant les cinq premiers jours de l'admission. L'enfant est arrivée dans un grand état d'affaiblissement et en *hypothermie.*

Températures à l'entrée.

DATE.		MATIN.	SOIR.
17 janvier	1er jour	34.4	34.2
18 —	2e —	35.6	36.2
19 —	3e —	36.4	36.6
20 —	4e —	36.8	36
21 —	5e —	37	37

État actuel. — *Poids :* 10 k. — *Taille :* 0 m. 87. — La physionomie est sans aucune expression ; l'enfant présente un aspect plutôt simiesque.

Tête. — Cheveux blonds, pâles, droits, peu nombreux, assez régulièrement implantés, empiétant sur la région pariétale. — *Crâne* petit, aplatissement des régions temporales, saillie de l'occipital et du bregma. — Fontanelles fermées. — *Front* bombé, avec saillie marquée des bosses frontales. — *Visage* oval, à grosse extrémité inférieure. — Arcades sourcillières très peu prononcées, paupières petites, fentes palpébrales étroites et elliptiques. — Sourcils rares, de quelques millimètres de longueur et presque incolores. — Cils courts, blonds à la paupière supérieure, plus pâles à la paupière inférieure. — *Yeux* très excavés. — Iris bleu pâle ; pupilles égales. — *Nez* un peu gros, légèrement camus, narine gauche plus ouverte que la droite. — Pommettes peu saillantes, joues bombées. — *Bouche* un peu grande. Lèvres épaisses, l'inférieure faisant saillie par suite du prognathisme. Cavité buccale très grande. Voûte palatine très peu excavée, avec saillie du raphé médian ; luette petite ; amygdales un peu grosses. — *Langue* peu épaisse. — Dents petites, très espacées. — Menton petit, arrondi. — Maxillaire inférieur très large. — *Oreilles* un peu grandes, la gauche bien ourlée, mais très écartée, la droite moins écartée est au contraire moins bien ourlée.

Cou long et maigre. *Corps thyroïde* normal. Adénopathie à la partie supérieure des deux régions sus-claviculaires.

Thorax cylindrique ; côtes saillantes par suite de la maigreur ; saillie surtout marquée des articulations chondro-

sternales. — Circonférence sous les aisselles, 47 cm. — Rien aux poumons ni au cœur.

Abdomen cylindrique, se continuant avec le thorax par une transition insensible. Circonférence au niveau de l'ombilic, 40 cm. — Il existe une petite *hernie ombilicale*, grosse comme le petit doigt et réductible. Région anale peu excavée, avec plis très prononcés.

Organes génitaux : grandes lèvres flasques, capuchon très développé. — L'enfant est partout glabre.

Membres supérieurs : grêles ; mains grandes, doigts carrés, ongles convexes dans le sens transversal. — L'enfant ne réagit guère lorsqu'on la pince.

Membres inférieurs très maigres, peau flasque ; orteils volumineux. — Recherche des réflexes rotuliens impossible.

La malade ne parle pas, crie beaucoup, grince des dents, se balance en avant et en arrière. — Elle ne sait pas manger seule et ne mâche pas ses aliments ; elle est gâteuse ; elle porte souvent ses mains aux organes génitaux.

Traitement : Bains salés. Sirop de fer. Huile de foie de morue. Glycéro-phosphate de chaux.

Durant un mois, l'enfant ne présente d'autre symptôme que son dépérissement qui fait de rapides progrès.

26 *février*. — L'enfant qui tousse depuis la veille, paraît très abattue, et a de la diarrhée. T. R. 37°, 8.

2 *mars*. — Etat véritablement squelettique. Vois... est recroquevillée dans son lit. — La diarrhée a persisté. T. R. 40°. — Traitement : Bains chauds ; acide lactique ; lait.

3 *mars*. — La cachexie progresse. *Eschares* de chaque côté du sacrum et à la partie postérieure de la cuisse droite. Un peu de rigidité des genoux, qui sont portés en dedans ; cuisses à demi-fléchies, dans l'adduction. Pied bot varus. T. R. 38°, 3. — Sur le corps on trouve plusieurs petites plaies que l'enfant s'est faites avec ses mains. — Mort le 5 *mars*.

Température après décès :

	du corps.	de la chambre.
Aussitôt la mort	39°,2	16°
1/4 d'heure après la mort	37°	16°
1/2 heure —	36°	16°
1 heure —	34°	16°
2 heures —	30°	15°
3 — —	28°	15°
5 — —	25°	16°
7 — —	20°	16°
10 — —	17°	16°

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort.

Tête. — Le *cuir chevelu* est très maigre et très pâle. — Les *os du crâne* sont très minces, peu durs et offrent de nombreuses plaques transparentes. Légère plagiocéphalie : frontal gauche déprimé, occipital gauche saillant; la moitié gauche de la voûte est sensiblement moins volumineuse que la droite, ce qui tient à ce que la bosse frontale gauche est bien moins saillante que la droite. Toutes les *sutures* persistent. Imbrication externe de l'occipital. — La *glande pituitaire* a une couleur rouge vermillon; elle est allongée transversalement, et a les dimensions d'un petit haricot aplati. — Les différentes parties de la base du crâne paraissent symétriques. — Le *liquide céphalo-rachidien* est en quantité ordinaire.

La *pie-mère* est un peu vascularisée sur la moitié postérieure de la face convexe droite. — A l'ouverture de la *dure-mère*, on trouve une *large plaque jaune*, occupant le lobe temporal droit et les parties voisines de la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius. — On constate aussi une *dépression profonde*, en forme d'encoche, sur la partie correspondante du côté gauche, enfin une *atrophie considérable du lobe occipital gauche* et du *lobe frontal droit*.

Les *artères de la base* sont symétriques. — L'espace perforé antérieur droit, en avant de la bandelette optique correspondante, est tout à fait déprimé, tandis que l'autre est convexe. — Les *nerfs optiques* et les *bandelettes optiques* sont maigres et paraissent atrophiés à un degré inégal, plus à gauche. Il en est de même des *tubercules mamillaires*. A gauche encore, le *pédoncule cérébral* est manifestement plus petit que du côté opposé. Enfin la même diminution de volume évidente existe, à gauche toujours, pour la *protubérance* et la *pyramide bulbaire*. Les *olives* paraissent égales.

Cerveau. — En juxtaposant les deux hémisphères commet à l'état normal, on constate une asymétrie très marquée, qui est due à des irrégularités portant sur les deux hémisphères.

C'est d'abord une *atrophie du lobe frontal droit*, dont la longueur et l'épaisseur sont nettement dépassées par celles du lobe frontal gauche. En suivant le bord supérieur des hémisphères, on constate que vers la partie moyenne celui de l'hémisphère gauche se dévie en dehors, ouvrant ainsi largement la scissure interhémisphérique; plus en arrière, les deux bords supérieurs divergent tous deux en dehors, mais

le droit, beaucoup plus que le gauche, de telle sorte que le bord supérieur de l'hémisphère droit est fortement convexe en dedans. — Les autres irrégularités ou anomalies seront décrites avec chaque hémisphère.

Hémisphère droit : *Face externe.* — Les circonvolutions du lobe frontal sont à peu près normales. Les sillons de séparation sont interrompus par des plis de passage, réunissant la première frontale à la deuxième et la deuxième à la troisième et la partie moyenne de la deuxième frontale. Sur une surface d'un centimètre l'écorce grise a été enlevée par des adhérences. Le sillon prérolandique n'est qu'ébauché et des plis de passage réunissent la frontale ascendante à la première et à la deuxième frontale. La zone psychomotrice ne présente rien d'anormal.

Tout le lobe temporal (et c'est là la lésion essentiellement importante de notre observation) a un aspect jaunâtre, est profondément déprimé et donne à la palpation une sensation de mollesse particulière. Il y à là nettement une *destruction* de la substance cérébrale (Pl. II, F_0). Le *lobule du pli courbe* présente le même aspect et la même consistance. Il en est de même de la lèvre antérieure de la scissure de Sylvius. — Ce *pseudo-kyste* est complètement fermé et il n'y a pas trace de communication avec le ventricule. Le reste du lobe pariétal est normal. Les circonvolutions du lobe occipital sont notablement atrophiées, LO.

Face interne. — Elle n'offre rien de particulier, on y trouve avec leurs caractères normaux : la circonvolution frontale interne, la circonvolution du corps calleux, le lobule paracentral, le lobe quadrilatère et le lobe occipital, ce dernier cependant atrophié. — Le *ventricule latéral* ne présente rien d'anormal.

Face inférieure. — Les circonvolutions du lobe orbitaire sont normales. Au contraire, dans le lobe temporo-occipital, la moitié antérieure présente exactement les mêmes lésions que nous avons constatées sur la face externe, d'ailleurs elles se continuent avec ces dernières.

En résumé, destruction avec formation de *pseudo-kyste*, de tout le lobe temporal de la face externe, et de la moitié antérieure du lobe temporo-occipital de la face inférieure. — On se souvient qu'à ces lésions correspond une atrophie marquée, des tubercules mamillaires, du nerf et de la bandelette optiques, de la protubérance et de la pyramide bulbaire.

Hémisphère gauche : Face externe. — Lobe frontal plus volumineux que du côté opposé. Circonvolutions frontales normales, réunies par des plis de passage. Le sillon prérolandique est encore très incomplètement formé. — Les lobes pariétal et occipital n'ont rien de particulier : ce dernier est cependant atrophié. Ce que nous trouvons surtout sur cette face externe, c'est dans une région absolument symétrique à celle du côté droit, cet aspect jaunâtre, cette sensation de mollesse, en un mot un *pseudo-kyste* de toute la région temporale, y compris la région du pli courbe. (PL. III, F_0).

Face interne : rien de particulier à noter.

Face inférieure. — Nous trouvons là, comme du côté droit, sur la moitié antérieure du lobe temporo-occipital, les mêmes lésions que nous avons signalées sur la face externe, elles paraissent même un peu plus étendues que du côté droit.

Nous avons donc, sur l'*hémisphère gauche*, une *lésion* semblable à celle de l'hémisphère droit et symétriquement placée.

Cervelet. — Normal avec deux hémisphères symétriques, cependant le droit est un peu plus épais, le gauche un peu plus large. Les principales scissures sont normales et symétriques des deux côtés.

Cou. — *Corps thyroïde* : les deux lobes sont égaux. L'isthme est très peu développé. — *Thymus* assez bién conservé, ayant la forme d'une languette triangulaire.

Thorax. — *Cœur* petit ; les oreillettes sont gorgées de caillots fibrineux et cruoriques ; tous les orifices sont normaux, le feuillet pariétal du péricarde est très mince ; il existe très peu de liquide dans le péricarde. Le *trou de Botal* est oblitéré. — *Poumon gauche* : très pâle, sauf à la base qui est le siège d'une congestion intense et qui plonge au fond de l'eau. — *Poumon droit* : tout le lobe inférieur et les parties postérieures des lobes moyen et supérieur sont splénisées ; en avant, au contraire, ce poumon est pâle, anémié.

Abdomen. — *Estomac* petit, comme revenu sur lui-même. *Intestin grêle*, est de même vide et rétracté. *Mésentère* : injecté, présentant des ganglions engorgés. *Gros intestin* : contient peu de gaz ; le colon transverse est vide et rétracté. — Le cœcum contient des matières demi-liquides. L'appendice est normal, en position supérieure. Pas de corps étrangers ni de vers. — *Foie* normal, cependant un peu dur. La *vésicule biliaire* contient de la bile mais pas de calculs. — *Rein*

gauche : petit, présentant les traces de la lobulation. Décortication facile. — *Rein droit :* mêmees caractères. — *Capsules surrénales*, normales. — *Rate*, petite et dure. *Pancréas* normal. — *Vessie* : parois épaisses, elle contient de l'urine louche, mais pas de calculs. — L'*utérus* est petit, et normal ainsi que les *ovaires*.

Examen microscopique par le Dr PHILIPPE. — Le bulbe et la moelle ont été examinés après les mêmes colorations qui ont été employées dans l'observation précédente (V. p. 54). Les deux *faisceaux pyramidaux* nous ont paru intacts, à tous les niveaux, sans sclérose ni agénésie, ce qui est en rapport avec le siège des lésions.

Mensurations de la tête.

MESURES DE LA TÊTE.	1897 Janv.
Circonférence horizontale maxima	43
Demi-circonférence bi-auriculaire	30
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.	32
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.5
— bi-auriculaire	10.5
— bi-pariétal	13
— bi-temporal	11
Hauteur médiane du front	5

Poids des Organes,

Cerveau	650 gr.
Hémisphère cérébral droit	265 —
— — gauche	265 —
— cérébelleux droit	50 —
— — gauche	50 —
Bulbe et protubérance	20 —
Moelle épinière	25 —
Corps thyroïde	5 —
Thymus	3 —
Cœur	65 —
Poumon droit	145 —
— gauche	80 —
Pancréas	15 —

RÉFLEXIONS. — I. La malade est une *enfant assistée*. Nous n'avons aucun renseignement sur elle. Les enfants de cette catégorie devraient tous avoir un *livret*

les *suivant constamment*. Sur ce livret devraient être mentionnées toutes les maladies qu'a eues l'enfant, surtout les *maladies infectieuses*, les *accidents scrofuleux* et les *convulsions* ou autres manifestations nerveuses graves.

II. De même que dans nombre de cas analogues, il est probable que, chez Vois..., les lésions relevées à l'autopsie sont *congénitales*. La gravité est telle qu'on pourrait s'étonner que la malade ait survécu si l'on ne savait, d'après la remarque judicieuse de Cruveilhier, que « chez le fœtus, ces lésions peuvent être portées, sans occasionner la mort, à un degré d'intensité beaucoup plus considérable qu'après la naissance (1). » Ainsi qu'il arrive fréquemment, en semblable occurence, les lésions sont *doubles* et *symétriques*. (Voir p. 70, 71, etc.)

OBS. III. — **Idiotie congénitale complète symptomatique de porencéphalie vraie.**

SOMMAIRE. — *Père, hydrocéphale à la naissance, céphalalgies fréquentes jusqu'à 12 ans, excès de boisson, caractère emporté, se déchire les ongles. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, strabisme intermittent. — Gémellarité. — Tante paternelle, convulsions de l'enfance, hystérique, déséquilibrée.*

Mère, migraineuse; — Grand-père maternel, nombreux excès de boisson. — Grand'mère maternelle, morte probablement de tuberculose pulmonaire. — Arrière-grand-père maternel, sujet à des crises probablement congestives.

Chute avec frayeur au 5e mois de la grossesse avec idées noires. — Accouchement à sept mois. — Aucun cri pendant deux mois. — Accès de colère à partir de neuf mois. — A huit mois convulsions internes. — Mouvements spasmodiques au réveil. — Première dent à 16 mois. — Dentition

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 162.

complète à 3 ans. — Parole, marche, nulles. — Gâtisme. — Accès de colère avec cognements de tête. — Paralysie incomplète du côté gauche. Broncho-pneumonie; mort.
AUTOPSIE. — *Porencéphalie vraie de l'hémisphère droit : description du porus et des circonvolutions. — Broncho-pneumonie.*

Ayb.... (Marie Jeanne), âgée de 4 ans, est entrée à la Fondation Vallée le 28 mars 1895.

Antécédents *(Renseignements fournis par sa mère).* — PÈRE, 37 ans, typographe, a une tête énorme, de 61 centimètres de circonférence; le médecin, à sa naissance, aurait dit qu'il était atteint d'*hydrocéphalie ;* pas de migraines ; il aurait eu des fortes douleurs de tête jusqu'à l'âge de 12 ans ; elles auraient disparu dans la suite ; fume peu ; buvait beaucoup avant le mariage, mais supportait bien la boisson ; boit moins depuis, une absinthe par jour et d'ailleurs la tolère très mal ; caractère nerveux, emporté, se déchirant les ongles quand il ne sait que faire. — [*Père,* aurait contracté la *syphilis*, après la naissance de son fils, très coureur, *excès de boisson; sa femme s'est séparée de lui. — Mère, strabisme* intermittent. — Deux *sœurs* et deux *frères jumeaux* qui ont vécu 48 heures (1). Des deux sœurs, l'une est morte à 2 ans; l'autre à 31 ans; cette dernière aurait été atteinte d'*hystérie,* sans grande crise et « aurait eu le cerveau un peu fêlé. » Dans son enfance, on note une seule fois des *convulsions* très fortes. Après avoir fait 10 fausses couches, elle aurait eu un enfant sur lequel on manque absolument de renseignements. Un *cousin germain* est *sourd-muet* et intelligent. Pas d'autres sourds-muets.]

MÈRE, 24 ans, sujette aux *migraines,* depuis l'âge de 8 ans ; très nerveuse, très impressionnable, mais point d'attaques. — [*Père,* mort à 40 ans d'*excès de boisson*, après plusieurs années de maladie; pas d'attaques de *delirium tremens. — Mère,* morte à 25 ans, après trois ans de maladie; tuberculose probable. — *Grand-père paternel* a été pris de *crises nerveuses* vers 65 ans, à la suite d'un chagrin de famille, occasionné par une de ses filles qui faisait des *excès de boisson* ; il mourut d'une crise, à l'âge de 81 ans. — *Grand'mère paternelle,* morte jeune. — *Grands-parents maternels*, peu connus. Nombreux

(1) Pas d'autres jumeaux dans la famille.

oncles et *tantes*, habitant la campagne, mais dont aucun n'a eu d'attaques. — Dans le reste de la famille, on ne découvre aucune tare nerveuse.]

Pas de consanguinité ; inégalité d'âge de 10 ans.

Deux *enfants* et une fausse couche : 1° une fille, morte à l'âge de 6 mois, du carreau ; pas de convulsions ; 2° notre malade, et, il y a 2 ans, une fausse couche de 6 mois, par rupture de la poche des eaux dans un effort (1).

Notre malade. — Au moment de la *conception*, la mère était malade, très fatiguée et très affectée par la mort d'une personne de sa famille ; le père était sans travail ; toutes ces causes réunies permettent de supposer que la conception a dû se faire dans d'assez mauvaises conditions. — Au 5e mois de la *grossesse* la mère fit une chute dans un escalier ; elle en fut quitte pour une grande *frayeur*, mais, à partir de ce moment, elle perdit journellement quelques gouttes de sang jusqu'à l'accouchement ; elle eût souvent des *idées noires*, s'ennuyant et pleurant sans motif.

L'enfant est née avant terme, à *sept* mois, très chétive. — L'*accouchement* se fit rapidement par le sommet et la mère perdit très peu de liquide amniotique. — On garda l'enfant dans un enveloppement ouaté pendant deux mois. Durant ce laps de temps l'enfant ne poussa pas un seul cri ; mais à partir du neuvième mois (de la conception), si l'on ne la portait point, elle se mettait en colère, devenant toute bleue et se mordant les mains avec les gencives. — A 8 mois, *convulsions internes* pendant 5 minutes : « étant à table elle se leva toute droite, riant comme une grande personne. » A dater de là, toutes les fois qu'elle se réveillait, le jour comme la nuit, elle était prise de *mouvements spasmodiques*, avec secousses des yeux et de la tête.

Première dent à 14 mois ; dentition complète à 3 ans ; *n'a jamais marché*, ni *parlé*, a toujours été *gâteuse*, souillant tous les objets à sa portée. — Pas de maladie infectieuse ; pas de manifestations scrofuleuses. — Très entêtée, elle avait la manie de se *cogner la tête* contre les meubles ou contre le sol, quand on la contrariait. Dès l'âge de 8 mois, la mère s'est aperçue de la faiblesse intellectuelle de son enfant. Elle ne sait à quelle cause attribuer sa maladie. A l'âge d'un an, quand l'enfant voulait uriner, elle avait un petit sursaut qu'elle aurait conservé jusqu'à son entrée à la Fondation.

---

(1) Depuis que ces renseignements ont été donnés, il est né une *fille*, âgée de 4 mois et demi et qui est bien venante (13 janvier 1896).

État actuel. — Etat général satisfaisant, peau fine, pigmentée. Cheveux noirs, assez abondants et bien implantés; tourbillon porté à droite; pas d'épis; les cheveux recouvrent une partie du front et de la région temporale. *Crâne* symétrique, bosses frontales et pariétales peu développées; par contre le sommet de la tête fait une saillie en pain de sucre. — *Visage* arrondi, arcades sourcilières peu marquées, avec sourcils fins et réguliers; les yeux sont grands, les paupières souples, les cils abondants et longs; un peu de blépharite, pas d'autre affection oculaire. La pupille réagit normalement à la lumière et à l'accommodation. L'examen fonctionnel ne donne rien de précis. — *Nez* droit, *bouche* petite, lèvre supérieure épaisse à sa partie médiane, la lèvre inférieure jusqu'aux commissures; menton arrondi. — *Oreilles* assez grandes, bien ourlées, avec lobule détaché. — *Dentition* bonne; voûte palatine peu excavée.

Thorax et *abdomen*, rien à signaler; pas de déviation de la colonne vertébrale. Rien à l'auscultation.

Membres supérieurs bien développés, ne présentant rien d'anormal; cependant l'enfant paraît avoir *moins de force dans le membre gauche.* Motilité intacte dans tous les sens; les réflexes sont conservés; l'enfant ne se ronge pas les ongles, mais suce toujours son pouce.

Membres inférieurs bien développés, le côté *gauche* paraît très légèrement *plus petit* que le droit. L'enfant ne peut pas se tenir sur ses jambes sans soutien. Rien aux articulations. Motilité normale.

Grandes lèvres épaisses, petites lèvres peu développées; orifice hyménéal, petit, circulaire; région anale normale; toutes ces régions sont glabres.

Mensurations de la tête.

	1895 Mars.	Décembre.
Circonférence horizontale	460	460
Demi-circonférence bi-auriculaire	330	330
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	350	350
Diamètre antéro-postérieur maximum.	165	165
— bi-auriculaire	115	115
— bi-pariétal	125	125
— bi-temporal	95	1000
Hauteur médiane du front	5	5

La *sensibilité* paraît conservée dans ses différents modes,

au tact, à la douleur et à la température. — L'*intelligence* paraît nulle, l'enfant est gâteuse.

Au point de vue de la *parole*, l'enfant ne prononce que les mots « papa, maman ». Elle ne sait se servir d'aucun objet, met les mains dans son assiette et jette la nourriture à terre; la mastication est mauvaise; elle boit avec avidité. — L'*odorat* et le *goût* existent; la musique paraît impressionner agréablement son oreille.

1896. — L'état de la malade a fait peu de progrès ; elle reste toujours gâteuse et n'acquiert pas plus de force dans les membres inférieurs, elle continue à marcher avec le charriot.

4 *janvier.* — L'enfant entre à l'infirmerie ; ses amygdales sont un peu rouges et enflées, produisant une gêne de la déglutition; la température est de 37°,8. — Badigeonnages de la gorge et vomitif.

5 *janvier.* — L'enfant est plus abattue que la veille, T. R. 39°, 2. Soif intense et gêne de la respiration ; pas de sommeil.

6 *janvier.* — La malade s'affaiblit de plus en plus. T. R. 39°, 5. Les amygdales sont recouvertes d'un enduit pultacé; il y a un peu d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. L'auscultation dénote quelques râles ronflants dans le poumon droit. T. R. du soir, 40°. — *Traitement*: Badigeonnages de la gorge, injections nasales, ventouses, sirop de Tolu.

7 *janvier.* — État stationnaire, la température a un peu baissé; elle est de 38°, 5 le matin, de 39°, 1 le soir.

8, 9 et 10 *janvier.* — Pas de modification appréciable.

11 *janvier.* — L'enfant est très oppressée, T. R. 40°. — La percussion ne dénote qu'un peu de submatité à la base gauche; à l'auscultation on ne trouve pas le moindre foyer de râles, ni de souffle. Le murmure vésiculaire est un peu faible, masqué par la propagation des bruits laryngés. La brusquerie du début, la marche de la température, les résultats négatifs de la percussion et de l'auscultation permettent de penser à une pneumonie centrale. — *Traitement*: Bains sinapisés et enveloppements humides ; — Todd. Antisepsie de la bouche, traitement de l'amygdalite.

14 *janvier.* — A gauche, souffle et râles, rien à droite ; la respiration est de plus en plus gênée ; l'enfant tousse beaucoup.

15 *janvier.* — Des signes physiques analogues à ceux qui avaient fait leur apparition à gauche, se dessinent nettement à droite; on constate maintenant du souffle et des râles dans les deux côtés ; l'on assiste à l'évolution d'une *broncho-pneumonie.* En même temps les signes d'infection générale

sont très accusés ; de l'œdème des membres inférieurs gauches se produit ; 24 heures avant le décès, apparition d'une *escharre sacrée*. — *Mort*, le 17 janvier, à une heure et demie du soir. A ce moment T. R. 39°. 1/4 d'heure après, 38°. — Deux heures après, 36°. — Quatre heures après, 30°. — Six heures après, 24°. — Huit heures après, 20°...... — T. de la chambre, 20°. — Poids après la mort : 11 kilog. 500,

AUTOPSIE : faite 34 heures après la mort. — *Thorax*. — *Poumon droit*, emphysème et légère congestion des deux lobes supérieurs ; foyer de *broncho-pneumonie* occupant le lobe inférieur. — *Poumon gauche*, congestion du lobe supérieur ; emphysème du lobe inférieur ; dans ce lobe congestion très marquée et quelques foyers de broncho-pneumonie. — *Cœur :* rien dans le *péricarde ;* — le ventricule gauche est normal, sans caillots, pas d'endocardite ; le ventricule droit renferme quelques caillots ; les valvules sont toutes saines.

Abdomen. — *Reins*, se décortiquent facilement ; ils ont une coloration rosée à la coupe, qui ne donne rien d'anormal. — *Rate*, rien de particulier à la coupe. — *Foie*, présente des traces de dégénérescence graisseuse. *Vésicule biliaire* saine, ni vers ni corps étrangers dans les intestins.

Tête. — *Calotte* mince sur les deux moitiés (2 à 2 m/m 5 au plus), avec de très nombreuses plaques transparentes. Légère plagiocéphalie : aplatissement du frontal gauche et de l'occipital droit. Toutes les *sutures* persistent et sont moyennement dentelées. Il y a deux *os wormiens* sur la suture pariéto-occipitale droite ; base symétrique, trou occipital un peu rétréci.

On constate, d'une façon générale, une vascularisation assez prononcée de la *pie-mère*, sur tout l'encéphale, un peu plus marquée à droite. — Le *cervelet* et la *protubérance* sont diminués de consistance.

Cerveau. — *Hémisphère droit*. Cet hémisphère est beaucoup plus petit et plus mince qu'à l'état normal. Le diamètre antéro-postérieur est de 16 centimètres ; le diamètre vertical de 10 centimètres et l'épaisseur de 4 centimètres ; le poids est de 370 gr.

Face externe. — Toute cette face présente une disposition des circonvolutions complètement anormale et tenant à la présence d'une lésion ayant frappé le milieu de cette face, la région rolando-sylvienne, lésion que nous allons d'abord décrire. La scissure de Sylvius prenant naissance à 5 cent. en arrière du

pôle frontal se dirige, comme d'habitude, obliquement en arrière et en haut. Après un trajet de 4 cent., elle plonge dans une *cavité* située à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de la face externe de l'hémisphère. Cette *cavité* continue pour ainsi dire la scissure de Sylvius en haut et en arrière, sur une longueur de 3 centimètres et un centimètre de largeur jusqu'à 2 centimètres du bord supérieur de l'hémisphère ; là, part de la cavité une nouvelle scissure qui paraît ainsi être l'autre bout de la scissure de Sylvius; en d'autres termes, cette scissure semble aller du bord inférieur au bord supérieur de l'hémisphère, interrompue seulement à sa partie moyenne par l'*excavation* que nous avons décrite. Il y a là probablement continuité entre la scissure de Sylvius et la scissure de Rolando, car cette dernière ne se retrouve pas sur l'hémisphère. Cette excavation présente des caractères importants. Tout d'abord, à la simple inspection, nous sommes frappés de voir que *toutes les circonvolutions de la face externe de l'hémisphère y plongent par une racine* et s'écartent de là en divergeant, en arrière, en avant, en haut, et en bas. (Pl. IV.) L'excavation forme un véritable centre de ralliement où toutes les circonvolutions paraissent s'être donné rendez-vous. Ce n'est pas tout : si nous examinons la région pour voir jusqu'où va ce point de convergence des circonvolutions, quelle est en un mot la profondeur de l'excavation, nous apercevons, en écartant légèrement ses deux lèvres et en mettant l'hémisphère devant le jour, qu'il existe à la partie supérieure de notre enfoncement un *trou ovalaire* d'un centimètre de diamètre vertical, à travers lequel nous voyons les objets situés de l'autre côté. Si, maintenant, nous retournons l'hémisphère, nous constatons que l'orifice, point de convergence des circonvolutions de la face externe, *s'ouvre à l'extrémité postérieure de la corne frontale dans le ventricule latéral* correspondant. Il s'agit là d'une lésion bien définie sur laquelle nous aurons l'occasion de donner quelques détails et que l'on appelle la *porencéphalie*. L'orifice de communication constitue le *porus* caractéristique (Pl. IV).

Examinons maintenant les circonvolutions qui partent, comme nous avons dit, de ce centre de convergence. En avant, se détachent trois racines : 1° la supérieure s'épaissit dès son origine pour donner naissance à la circonvolution frontale supérieure F^1; elle se dirige en avant, formant le bord supérieur de l'hémisphère, occupant sur la face externe une largeur de deux centimètres et longée par le premier sillon frontal ; — 2° la deuxième racine présente moins de

netteté ; elle se dirige horizontalement en avant, et après un trajet de trois centimètres, ayant elle-même une épaisseur d'un centimètre seulement, elle est interrompue ; au point où elle s'interrompt, il existe une petite dépression où s'arrête également le deuxième sillon frontal, dépression qui semblerait au premier abord être de même nature que la lésion précédemment décrite. Cette deuxième racine, en réalité, n'est qu'un petit lobule isolé de la première circonvolution frontale, F^1, à laquelle elle se réunit manifestement à ses deux extrémités ; — 3° la troisième racine se dirige d'abord en avant et légèrement en bas ; après un trajet de deux centimètres, elle s'épaissit considérablement pour former la *deuxième circonvolution frontale* (PL. IV, F^2), nettement séparée de la première par le premier sillon frontal, mais réunie à la troisième par plusieurs plis de passage dont le plus important se détache de la partie moyenne de son bord inférieur, coupant en deux le sillon qui la sépare de la troisième frontale. Cette dernière prend naissance par une racine très mince à la partie antéro-inférieure de l'excavation pour former la *troisième frontale* (PL. IV, F^3) qui suit le bord inférieur de l'hémisphère jusqu'au pôle frontal.

Tel est le *lobe frontal* : il n'y a pas, comme on le voit, de circonvolution frontale ascendante nettement isolée. Tout au plus peut-on constater l'existence d'un petit lobule détaché de la première frontale, en arrière, se continuant avec un lobule analogue, détaché de la première pariétale et qui correspondrait au lobule paracentral, LP.

En arrière de l'excavation prennent naissance également trois racines correspondant à trois *circonvolutions pariétales* : 1° La première, épaisse d'un centimètre, longe le bord supérieur de l'hémisphère et se continue en arrière avec la première occipitale, P^1; — 2° la deuxième se dirige parallèlement à elle en arrière ; elle en est séparée par un sillon antéro-postérieur très net pour se continuer à son tour par un pli de passage avec la deuxième occipitale, P^2; — 3° la troisième enfin se dirige en arrière et en bas, et, presque immédiatement après sa naissance, se divise en trois branches qui vont se terminer dans les circonvolutions temporo-occipitales, P^3. Un deuxième sillon la sépare de la deuxième pariétale. Le *sillon inter-pariétal* n'existe pas. Il semble qu'il n'y a pas non plus de *pariétale ascendante*.

Le *lobe occipital*, LO, n'a rien de particulier. Trois petites circonvolutions occipitales sont séparées par deux sillons qui se continuent avec les sillons pariétaux.

De la partie inférieure de l'excavation, partent également

trois racines, les deux premières vont former le *lobe temporal* (PL. IV, T^1, T^2). — 1° la première racine se détache au-dessous de la troisième pariétale et se dirige verticalement en bas, séparée de la troisième pariétale par un sillon également vertical et, devenant de plus en plus large, elle aboutit au bord inférieur de l'hémisphère où elle a trois cent. de largeur ; — 2° la deuxième racine se détache au-dessous de la précédente et, s'élargissant comme elle, se dirige en bas et en avant, parallèle à la scissure de Sylvius, qui la sépare du lobe frontal jusqu'au bord inférieur de l'hémisphère où elle atteint également trois cent. de largeur, T^2 ; un sillon très net la sépare de la circonvolution précédente, T^1. Ces deux circonvolutions ont chacune la forme d'une pyramide dont le sommet, supérieur, correspond à leur racine et la base au bord inférieur de l'hémisphère ; elles sont toutes deux parcourues par quelques incisures verticales. — 3° Enfin, la troisième racine n'est autre que le *lobule de l'insula* considérablement réduit, INS. Émergeant de la scissure de Sylvius, il s'insère d'une part par sa racine supérieure dans l'*excavation porencéphalique* et par l'autre sur le pli de passage fronto-temporal qui forme le pôle de l'insula.

Ainsi que le montre la description qui précède sur cette face externe, il existe un bouleversement complet des circonvolutions et des sillons et le point le plus important est l'*absence*, du moins *apparente*, des *deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes*. Cependant on pourrait reconstituer ces deux circonvolutions qui, dans notre hypothèse, auraient été tout simplement déviées de leur trajet normal par la présence de la lésion porencéphalique. La *frontale ascendante* serait constituée par ce petit lobule accessoire que nous avons signalé au-dessous de la 1re frontale ; de descendante elle est devenue antéro-postérieure (PL. IV) ; en arrière, en effet, ce lobule accessoire se continue avec la portion frontale du lobule paracentral (*Fig.* 1, FA). — De même, nous pouvons considérer comme étant la *pariétale ascendante* déviée de son trajet normal et devenue antéro-postérieure, ce que, dans notre description, nous avons appelé la *première pariétale* (PL. IV, P^1, et *fig.* 1., PA). Sur cet hémisphère il existerait en effet trois circonvolutions pariétales, tandis que notre hypothèse les ramènerait à deux, leur chiffre normal. D'après cette hypothèse, nous aurions donc le schéma représenté dans la *Fig.* 1.

Face interne. — Cette face est presque normale. Il n'existe

qu'un léger écart dans la disposition des sillons et des circonvolutions. Les sillons surtout sont moins nets. La grande *scissure calloso-marginale* se distingue assez facile-

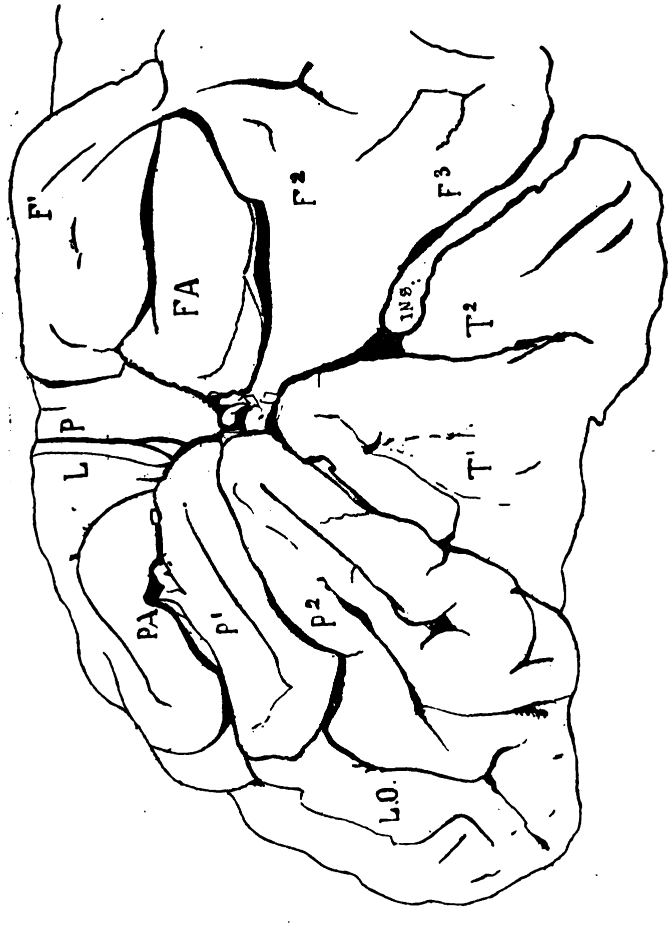


Fig. 1.

ment avec son trajet habituel, commençant au-dessus du corps calleux pour se terminer au bord supérieur de l'hémisphère, derrière le lobule paracentral, mais interrompue, çà

et là, par des plis de passage fronto-limbiques. La *circonvolution frontale interne* ne présente donc rien de spécial. En arrière d'elle se trouve le *lobule paracentral,* L P, qui empiète largement sur la face interne, où un pli de passage fronto-limbique le réunit à la circonvolution du corps calleux. Plus en-arrière, nous trouvons le *lobule quadrilatère* (PL. V, L Q) ; avec ses caractères habituels : peu limité en avant, il est très nettement séparé en arrière du lobe occipital par la profonde scissure perpendiculaire interne, *spi*. A cette scissure aboutit comme d'habitude, la *scissure-calcarine*, *sc*, les deux formant l'*Y* classique et, comme d'habitude, encore, nous trouvons à ce point de réunion, les deux plis de passage cunéo-limbique et hippocampo-limbique. Dans les *circonvolutions occipitales*, rien de particulier. — Sur cette face enfin nous trouvons le *ventricule latéral*, qui présente des dimensions manifestement plus grandes qu'à l'état normal dans ses trois cornes ; il y a évidemment un certain degré d'*hydrocéphalie*. A la jonction des cornes frontale et occipitale nous trouvons le *porus* déjà étudié. — La *couche optique,* CO, et le *noyau caudé,* NC, sont sans lésion.

Face inférieure. — Elle n'offre rien de bien intéressant. Nous y voyons les circonvolutions orbitaires avec leurs sillons respectifs, girus rectus et sillon cruciforme ; en arrière du lobe orbitaire, la vallée sylvienne et le lobe temporo-occipital. Dans ce lobe nous trouvons les deux circonvolutions classiques, la première ou *lobule fusiforme* peu nette ; la deuxième au contraire avec ses caractères ordinaires, se continuant en arrière, comme nous l'avons déjà dit, avec la circonvolution du corps calleux pour former le grand lobe limbique de Broca, s'enroulant en avant pour constituer le lobule de l'hippocampe et le noyau amygdalien. — Le *corps calleux* et sa circonvolution sont normaux.

Hémisphère droit. — Cet hémisphère, n'ayant rien présenté d'anormal au moment de l'autopsie, a été malheureusement soumis à une série de coupes qui ne nous permettent plus d'en faire la description.

Examen microscopique, par le Dr PHILIPPE. — Le *bulbe* et le *renflement lombaire* ont seuls été examinés : la *moelle* cervicale et dorsale était dans un état de durcissement trop insuffisant, à cause d'une mauvaise extraction au moment de l'autopsie.

Un peu au-dessus de l'entrecroisement moteur, le bulbe offre des pyramides motrices très peu développées, à droite

comme à gauche ; elles n'ont guère que le $^1/_5$ de leur volume habituel. Sur les coupes colorées par le picro-carmin de Ranvier, on ne constate aucune sclérose conjonctivo-névroglique. S'agit-il d'une double agénésie? Tout d'abord, on peut accepter cette opinion, mais le bulbe, au niveau de l'entrecroisement, présente de fibres pyramidales en très grand nombre ; de plus, le renflement lombaire possède un faisceau moteur croisé suffisamment riche. — Pour interpréter convenablement ce cas, il eût fallu des coupes sériées de la moelle cervicale et de la région dorsale. Il nous paraît impossible de donner une conclusion ferme. Nous nous contenterons de faire observer que la simple décortication des méninges bulbaires, ajoutée à une pression même légère, est capable de *déformer* les pyramides motrices, d'où un *aplatissement* des pyramides qui peut simuler, plus tard, sur les coupes, une agénésie. Le diagnostic ne peut guère se faire que par les coupes sériées de régions plus inférieures, au niveau desquelles l'agénésie disparaît totalement, si elle est artificielle.

Voici les pesées des différents organes :

Hémisphère cérébral droit	370 gr.
— — gauche	415 —
Cerveau	785 —
Hémisphère cérébelleux droit	65 —
— — gauche	65 —
Bulbe et protubérance	15 —
Cervelet et isthme	145 —
Encéphale	930 —
Liquide céphalo-rachidien	50 —
Moelle épinière	24 —
Corps thyroïde	10 —
Thymus	3 —
Cœur	74 —
Poumon droit	140 —
— gauche	130 —
Foie	510 —
Rate	50 —
Capsule surrénale droite	5 —
— — gauche	5 —
Rein droit	35 —
— gauche	40 —
Pancréas	20 —

RÉFLEXIONS. — I. Le *père* de la malade parait avoir été atteint d'*hydrocéphalie*. Il est sujet à des *douleurs de tête*, commet des *excès de boisson* et a la manie de déchirer ses ongles. Le *grand-père paternel* est

alcoolique, la *grand'mère paternelle strabique*. Une *tante paternelle* a eu des *convulsions* dans l'enfance, a été atteinte d'*hystérie* et serait *déséquilibrée*. — Sa *mère* est *migraineuse*. Le *grand-père maternel* est mort d'*alcoolisme*. Un des *arrière-grands-pères maternels* a eu des *crises nerveuses* (?).

II. La *conception* de l'enfant a eu lieu dans des conditions assez fâcheuses. La *grossesse* a été accidentée par des *idées noires* et une *chute*, accompagnée d'une vive émotion au cinquième mois et suivie d'un écoulement sanguin, léger il est vrai mais qui a persisté jusqu'à l'*accouchement*. Celui-ci s'est opéré avant terme, à *sept mois*, sans cause connue, ce qui nécessita l'enveloppement ouaté pendant deux mois.

III. Ces divers accidents ont eu pour conséquence l'*idiotie complète* et un *état paralytique* des quatre membres, prédominant à *gauche* ce qu'explique l'*arrêt de développement* si intéressant de l'hémisphère *droit*.

* * *

Nous allons maintenant insister sur cet arrêt de développement, qui consiste en une *porencéphalie vraie* et le comparer à la lésion pathologique, la *pseudo-porencéphalie*, observée dans les deux premières observations.

V. Au point de vue *anatomo-pathologique*, cette observation nous permet de décrire à nouveau, une lésion anatomique, sur laquelle nous avons eu maintes fois l'occasion d'appeler l'attention. Nous verrons qu'elle confirme l'exactitude de nos descriptions antérieures. Puis nous comparerons cette lésion à une autre qui peut la simuler — mais grossièrement à notre avis — et consacrer des erreurs. Nous avons

décrit minutieusement la lésion de l'*hémisphère cérébral gauche*, que nous avons désignée du nom de *porencéphalie*. Ce mot, créé par Heschl, voulait dire, pour cet auteur, *communication du ventricule latéral avec la surface libre du cerveau*. Or, une question se pose : y a-t-il un *processus pathologique* pouvant aboutir à cette communication, ou bien y a-t-il simplement *arrêt de développement* ? « La porencéphalie, dit Heschl (1861), ne doit nullement être regardée comme étant toujours un arrêt de formation; elle paraît tout au contraire dépendre d'un processus pathologique spécial, qui survient au cours du développement du cerveau ». Comme on le voit, pour Heschl, comme pour la plupart des auteurs qui l'ont suivi, deux causes doivent expliquer la porencéphalie : un processus pathologique ou un arrêt de développement. C'est sur ce point que diffèrent nos idées.

Pour nous la *véritable porencéphalie* ne reconnaît qu'une seule cause, toujours la même, l'arrêt de développement. Les différents processus pathologiques donnent des lésions qui peuvent plus ou moins simuler la porencéphalie vraie, mais ce ne sera jamais qu'une fausse porencéphalie. Essayons de montrer comment les caractères même de ces lésions vont expliquer leur processus d'évolution, ou, en d'autres termes, comment l'évolution va justifier les caractères de ces lésions et leur donner, dans l'un ou l'autre cas, un cachet tout spécial.

Supposons un cerveau qui aura atteint plus ou moins complètement son développement et un processus pathologique quelconque qui détruira un territoire plus ou moins étendu de l'écorce et même de la substance blanche sous-jacente. A un premier degré, nous aurons sur la face externe du cerveau une perte de substance plus ou moins profonde, généralement

recouverte par la pie-mère et contenant un liquide en quantité variable ; en un mot un kyste, ou mieux encore un *pseudo-kyste*, séparé du ventricule par une épaisseur plus ou moins grande de substance blanche. Si le processus destructif a été plus intense, toute l'épaisseur du centre oval peut être supprimée et bien que nous n'en ayons jamais vu d'exemple, on peut à la rigueur admettre que la cavité kystique communiquera avec le ventricule. Mais l'orifice de communication sera déchiqueté et absolument irrégulier, la cavité elle-même sera anfractueuse et sans caractères particuliers ; elle sera limitée par la pie-mère de la surface externe du cerveau et par l'épendyme : en pareil cas, il peut y avoir une destruction complète de la substance cérébrale. Enfin tout autour de la perte de substance les *circonvolutions* ou *portions de circonvolutions* qui ont persisté présentent leur *aspect normal*. Tous ces caractères ont été notés dans nos deux premières observations.

Prenons maintenant un cerveau qui a été arrêté dans son évolution en un point déterminé de sa surface. Il existe là des caractères distinctifs d'une très grande importance :

1° La *cavité* aura la forme d'un entonnoir plus ou moins régulier, à base externe et dont le sommet regarde le ventricule ; son aspect sera lisse et elle sera uniquement recouverte par la pie-mère externe.

2° Les *circonvolutions* offrent une disposition remarquable, caractéristique, sur laquelle nous avons insisté dans notre description. Toutes se dirigent en rayonnant vers le fond de l'excavation, véritable point de convergence où elles semblent prendre leur racine.

3° L'*orifice de communication* est toujours régulier, souvent parfaitement arrondi et formant ce que nous avons appelé le *porus*. Ce porus caractéristique est

toujours situé à la partie la plus déclive de l'entonnoir porencéphalique.

4° Autour de l'*excavation* nous rencontrons presque constamment d'autres anomalies, dues au même arrêt de développement. C'est ainsi que d'après la description que nous avons donnée de l'hémisphère, il est évident que la *frontale* et la *pariétale ascendantes* n'ont pas été détruites, mais qu'elles n'existent pas ou qu'elles ont été déviées de leur trajet normal.

5° Les lésions que nous qualifions de *pseudo-porencéphalie* peuvent être *congénitales*, dues à une maladie du fœtus, mais elles peuvent être aussi extra-congénitales, se produire après la naissance, même longtemps après la naissance, tandis que la *porencéphalie vraie* est *toujours* une maladie *congénitale*, de la vie intra-utérine, et ne peut *jamais* survenir après la naissance. C'est encore là une différence et non la moins importante, qui sépare ces deux genres de lésions.

Quel est le *processus pathologique* capable d'amener cette perte de substance ? Comme réponse nous n'avons que des hypothèses. Selon Cruveilhier, il s'agirait d'*encéphalite* ; d'autres auteurs invoquent des lésions hémorrhagiques. Nous croyons qu'il s'agit là de troubles d'ordre vasculaire et nous nous basons surtout sur le siège de la lésion qui occupe presque toujours la région périsylvienne ou territoire de l'artère cérébrale moyenne (1).

---

(1) Ce travail a été communiqué à la *Société anatomique* dans sa séance du 7 janvier 1898. — Voir à la fin du volume l'explication des PLANCHES et de la *figure* 1.

V.

Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalitique ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **METTETAL**.

(Voir *Compte-rendu* de 1896, p. 113.)

Examen histologique ; par le Dr **PHILIPPE**.

Bulbe et moelle. — Après inclusion dans la celloïdine, le bulbe a été examiné sur des coupes horizontales faites au niveau des pyramides et de l'entrecroisement moteur. — De même, on a étudié la moelle sur plusieurs segmens, prélevés à la hauteur des renflements, cervical et lombaire, et au niveau de la région dorsale.

Sur toutes les coupes, on note, de prime abord, l'altération du faisceau pyramidal croisé des deux côtés, avec une légère prédominance pour le côté gauche de la moelle. La lésion est faite sur un type assez spécial : en effet, les coupes colorées par le picro-carmin ammoniacal de Ranvier montrent, avant tout, un épaississement marqué des tractus conjonctivo-vasculaires, qui, normalement, séparent les îlots de tubes nerveux. Ces tractus rayonnent en tous sens, sous forme de bandes rouges qui apparaissent bien plus nettement qu'à l'ordinaire ; leurs vaisseaux surtout artériels, sont épaissis, ont une lumière étroite par rétrécissement concentrique et régulier de leurs parois les tuniques, externe et moyenne, paraissent plus spécialement sclérosées. Ainsi constituée, la condensation des tractus conjonctivo-vasculaires (septa et septula des faisceaux blancs) semble être la lésion principale ; en effet les tubes nerveux sont très-nombreux, bien tassés les uns

contre les autres facilement reconnaissables, peut-être plus grêles qu'à l'état normal ; si quelques-uns ont disparu, c'est le petit nombre.

On ne constate pas de gros îlots scléreux, comme dans la moelle de l'hémiplégique adulte ou sénile, à la suite de la destruction des circonvolutions rolandiques ou des faisceaux blancs de la capsule interne, par exemple. D'ailleurs, les coupes, colorées par le procédé électif de Weigert-Pal, nous a confirmé l'intégrité à peu près totale des tubes nerveux ; car, nulle part, nous n'avons une décoloration nette et compacte des ilots de gaines myéliniques et de cylindres axes. Pour terminer l'exposé des caractères histologiques de la lésion, nous ajouterons que cette lésion est ancienne, datant, au moins, de plusieurs mois ; la sclérose est dense, rétractile ; les coupes, colorées par l'hématoxiline alunée, ne révèlent pas une accumulation de cellules rondes, périvasculaires ou interstitielles, suffisante pour caractériser un processus jeune et en pleine évolution.

La lésion, ainsi constituée, n'est point limitée au faisceau pypamidal croisé. Dans les autres parties des cordons blancs, postérieurs et antéro-latéraux, on rencontre çà et là des ilots qui comprennent 40 à 60 tubes nerveux ; dans ces ilots, les tractus conjonctivo-vasculaires présentent le même épaississement avec les mêmes caractères. Là encore, la disparition des tubes nerveux n'est pas assez considérable pour être appréciable par le procédé de Weigert-Pal. Les zones les plus prises nous ont paru occuper surtout la moelle dorsale et la moelle lombaire, notamment dans les cordons postérieurs de chaque côté du sillon médian, et à la périphérie même dans les cordons latéraux.

Dans toute la hauteur de la moelle, les *méninges* sont altérées partout, principalement au niveau des régions dorsale et lombaire, il faut noter un épaississement marqué de la pie-mère et de l'arachnoïde. Cet épaississement est dû à la présence de gros faisceaux conjonctifs néoformés qui s'intriquent les uns dans les autres et renferment dans leur masse des vaisseaux assez nombreux, plus

ou moins sclérosés. Là encore, la lésion paraît être de date ancienne.

Par contre, si les faisceaux blancs et les méninges paraissent altérés à des degrés divers, dans toute la hauteur de la moelle, la substance grise est partout intacte, quant à ses cellules et à leur réticulum myélinique.

En résumé, nous croyons pouvoir affirmer l'existence de lésions médullaires déjà anciennes, qui ne paraissent plus en train d'évoluer. Ces lésions consistent dans l'épaississement des septa et septula conjonctivo-vasculaires et des méninges molles. Elles sont diffusément répandues dans les faisceaux blancs, tout en présentant une apparence de systématisation au niveau du faisceau pyramidal croisé, dans toute sa hauteur.

CERVEAU ET MÉNINGES CRANIENNES. — Il nous a été difficile d'étudier aussi minutieusement que nous l'aurions désiré, le cerveau et les méninges. La masse encéphalique nous a été remise après décortication ; or, comme les méninges, épaissies, étaient fort adhérentes, la décortication n'avait pu se faire qu'en provoquant des arrachements et des délabrements corticaux trop nombreux pour permettre une étude systématique des lésions.

Nous avons pratiqué des coupes sur quelques fragments des méninges molles épaissies et sur les circonvolutions du pôle occipital et du pôle frontal.

Les *méninges molles* sont le siège d'une hyperplasie considérable, surtout constituée par un tissu conjonctif néoformé, très riche en fibres élastiques et en vaisseaux. Ce tissu conjonctif existe abondamment dans les couches externes ou superficielles des méninges ; il est formé de faisceaux assez lâches, ondulés, à fibrilles peu tassées. Ces faisceaux se disposent souvent de façon à former des tentes, des mailles plus ou moins larges, dans lesquelles l'on rencontre des cellules connectives, et surtout des cellules rondes, d'origine leucocytaire ou autre ; parfois même, on constate la présence, çà et là, de petits hématômes microscopiques, dont le sang est plus ou moins modifié. Les vaisseaux se présentent, partout, en nombre considérable ; ils forment de longs tubes, anastomosés

entre eux ; leurs parois épaissies sont, çà et là, en voie de dégénérescence hyaline.

L'examen des couches plus profondes de la méninge révèle un autre aspect. Là, les lésions paraissent être en pleine activité : les amas cellulaires sont nombreux, surtout constitués par de petits éléments ronds, à noyau volumineux, unique et régulier ; parfois, ces amas s'accompagnent de quelques cellules plus volumineuses, à protoplasma assez abondant, et même, çà et là, ces cellules ont de la tendance à se réunir pour former des bandes d'aspect épithélioïde.

Les *circonvolutions* sont surtout remarquables par l'énorme infiltration cellulaire que présentent leurs principales couches constituantes. Il est, d'abord, facile de constater que le maximum des lésions commence au-dessous de la couche moléculaire externe (couche de fibres tangentielles). Au niveau de la couche des petites et des grandes cellules pyramidales, les cellules jeunes néoformées, sont en nombre considérable. — Cette infiltration cellulaire se compose, comme pour les méninges, d'éléments arrondis, à noyau volumineux ; les éléments sont bien tassés et forment des nodules surtout périvasculaires (artérioles fines et capillaires). Parallèlement à l'infiltration cellulaire, les faisceaux névrogliques sont devenus partout plus denses. Par contre, on remarque beaucoup de cellules pyramidales ; elles ont conservé leurs formes, leur noyau, leur prolongement caractéristiques ; nous avons en vue, à ce sujet, les circonvolutions moyennement atteintes. Dans d'autres, au contraire, les couches ne sont plus reconnaissables ; la destruction a presque mis à nu le manteau blanc sous-jacent.

Il nous est, d'ailleurs, impossible d'apporter une conclusion ferme sur l'évolution du processus et sa nature au niveau des méninges et de l'écorce cérébrale. La décortication, à l'état frais, a trop profondément modifié les rapports des parties, pour nous permettre une étude rigoureuse et complète.

VI.

Alcoolisme ; hémiplégie gauche et épilepsie consécutives. Sclérose atrophique ; pachyméningite et méningo-encéphalite ;

Par **BOURNEVILLE** et **RELLAY.**

(Voir *Compte-rendu* de 1896, p. 207).

Examen histologique ; par le D[r] PHILIPPE.

1° Cerveau. — On a prélevé pour l'étude microscopique plusieurs fragments de l'hémisphère droit, qui présentait le maximum des lésions visibles à l'œil nu. En certaines régions, notamment au lobe occipital, les méninges n'avaient pas été décortiquées ; là, il a été possible d'étudier, à la fois, les altérations méningées et les altérations corticales. — Ailleurs, l'examen a dû être borné à l'écorce et aux faisceaux blancs sous-jacents. — Les coupes, faites après inclusion à la celloïdine, ont été colorées par le picro-carmin de Ranvier et par l'hématoxyline alunée de Boehmer.

Lésions méningées. — Les méninges molles (pie-mère et arachnoïde) sont épaissies dans des proportions variables suivant le point examiné. D'une façon générale, on peut dire que leur épaississement marche de pair avec les lésions corticales sous-jacentes. Remarquons aussi sa grande irrégularité : à peine marqué en certains points, il est très-développé au niveau d'autres zones, souvent assez rapprochées.

Quoiqu'il en soit, les altérations qui ont causé cet épaississement des méninges molles paraissent être constituées sur un type assez spécial. A la périphérie, on

rencontre une bordure plus étendue, qui se colore fortement en rouge par le picro-carmin ; elle se compose surtout de faisceaux conjonctifs denses, tassés les uns contre les autres, et disposés tangentiellement à la surface générale. Entre ces faisceaux, se montrent des éléments cellulaires, en petit nombre ; la plupart appartiennent au tissu connectif, de par l'aspect du protoplasma et du noyau.

Au-dessous de cette bordure conjonctive périphérique, se présente la plus grosse partie du tissu pathologique. On voit des travées constituées par des fibrilles peu épaisses, ondulées en tous sens ; ces travées circonscrivent de larges mailles, même des lacunes véritables. Dans ces mailles ou ces lacunes circule un riche réseau vasculaire, formé par des veines de gros calibre et par des artérioles à tunique musculaire bien nette. Les veines sont dilatées à l'extrême ; souvent, elles renferment de véritables amas leucocytaires, sans arriver toutefois à la formation d'une thrombose véritable ; ces amas de leucocytes, dans des veines dilatées, démontrent simplement que la circulation en retour s'opère mal. A côté de ce système veineux très-développé, on note également un nombre considérable d'artérioles de tout calibre, aisément reconnaissables à leur tunique musculaire. Tous ces vaisseaux, veineux ou artériels, présentent des parois relativement intactes ; sans doute, on note bien un léger degré de périartérite ; souvent même, on rencontre dans le voisinage, quelques nodules constitués par des leucocytes mononucléaires très tassés ; mais les tuniques propres du vaisseau sont saines, la lumière est bien calibrée, régulièrement dessinée ; l'endartère ou l'endoveine ne présente jamais la moindre végétation pathologique sur les nombreuses coupes que nous avons pu examiner.

Bref — si nous voulons résumer le processus histologique qui a déterminé l'épaississement des méninges molles dans le cas actuel, ce processus nous paraît résulter surtout d'une *néoformation vasculaire* considérable, sorte de circulation de suppléance ou collatérale : artères et veinules se sont anormalement développées en nombre et en calibre, sans nul doute pour venir en aide aux vaisseaux insuffisants de l'écorce sous-jacente, profondé-

ment altérée comme nous le verrons plus loin ; le résultat nécessaire a été un épaississement assez considérable des méninges molles.

Lésions corticales. — Les lésions corticales nous ont paru se présenter suivant deux types principaux. — Dans le premier, la circonvolution est prise uniquement au niveau de ses parties les plus superficielles. — Dans le second, l'altération est franchement destructive, *atrophique* au dernier chef, puisqu'elle atteint les fibres blanches sous-jacentes. Nous étudierons successivement ces deux types.

Quand on examine une circonvolution moyennement altérée, on rencontre sous la pie-mère un feutrage névroglique très-riche et très-serré. Les fibrilles, d'une finesse extrême, s'enchevêtrent dans tous les sens et dans tous les plans ; elles circonscrivent des mailles étroites. A travers ces fibrilles se voient des cellules-araignées, fort belles, avec un protoplasma abondant et des prolongements très-nombreux, péri-cellulaires. — Bref, on a sous les yeux une sclérose névroglique en pleine évolution, semble-t-il. Le feutrage néoformé occupe surtout les couches superficielles de la substance grise, tout en poussant des prolongements jusqu'au niveau des cellules pyramidales ; mais le maximum des lésions siège nettement au niveau des fibres tangentielles ou fibres d'association corticale.

Passons maintenant à une circonvolution très-altérée, dans laquelle toute la substance grise est à peu près détruite ; alors, les fibres blanches arrivent presque directement sous la pie-mère. Là, on constate un aspect très-particulier : le feutrage névroglique ne forme plus une couche continue ; il s'est creusé çà et là, de lacunes plus ou moins larges dans lesquelles on rencontre des fibrilles cassées, éparses, qui paraissent avoir perdu toute colorabilité, comme si elles étaient en période avancée de nécrobiose. La topographie de ces lacunes creusées en plein feutrage névroglique est assez spéciale : elles apparaissent toujours à une certaine distance d'un vaisseau. Ce sont donc les zones péri-vasculaires qui résistent très-longtemps sous forme de grosses touffes

névrogliques ; souvent même, ces touffes simulent à s'y méprendre, ce qu'on a décrit sous le nom de « tourbillons névrogliques » dans la plupart des scléroses anciennes de la moelle.

2° MOELLE. — La moelle, examinée au niveau des renflements (cervical, lombaire), et au niveau de la région dorsale, ne présente guère que des lésions d'ordre dégénératif. Ainsi, le faisceau pyramidal est légèrement sclérosé des deux côtés, avec une prédominance nette pour la moitié gauche. Cette sclérose ressemble à la sclérose habituelle de la dégénération secondaire des hémiplégiques ; elle est, nous le répétons, peu intense ; car, on rencontre un très grand nombre de tubes nerveux, assez rapprochés les uns des autres, et dont l'intégrité ne saurait laisser le moindre doute.

Nous en aurons fini avec l'examen histologique de la moelle, si nous ajoutons que, çà et là, dans les faisceaux blancs, se rencontrent quelques vaisseaux épaissis. De même, les méninges molles, surtout à la partie postérieure, présentent un développement anormal de leurs faisceaux conjonctifs, et des vaisseaux néoformés, dont les tuniques sont épaissies dans une certaine mesure.

VII.

Imbécillité et épilepsie symptomatiques d'un arrêt de développement léger des circonvolutions avec aspect chagriné; — Méningite récente; — Pneumonie caséeuse; — mort;

Par BOURNEVILLE et JACOMET.

SOMMAIRE. — *Père, enfant naturel, rien de particulier. — Mère, rien à signaler. — Grand-père paternel : excès de boisson. — Grand-oncle paternel bègue. — Demi-frère paternel mort tuberculeux. — Frère mort de méningite tuberculeuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 23 ans.*
Asphyxie à la naissance. — Première dent à sept mois. — Début de la marche à 21 mois, de la propreté à 2 ans, de la parole à 4 ans. — Convulsions de 7 à 10 mois. — Début des vertiges à 8 ans, des accès à 9 ans. — Coqueluche à 7 mois. — Rougeole à 2 ans et demi. — 1897. Pneumonie caséeuse. Mort.
AUTOPSIE. — *Aspect louche de la pie-mère de la convexité. — Circonvolutions frontales grêles à droite et à gauche. — Aspect chagriné du pli pariétal inférieur, du pli courbe et surtout des circonvolutions temporales droites. — Infiltration caséeuse de tout le poumon droit. — Péricardite.*

Debr.... (Jules), né à Paris, le 19 janvier 1887, est entré le 10 juillet 1896 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents. *(Renseignements fournis par sa mère).* — PÈRE, 59 ans, menuisier, est un enfant naturel. Pas de convulsions, pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas d'excès de boisson ou de tabac ; caractère vif ; pas de migraines. — Les renseignements sur sa famille manquent. Son *père* est mort de cause inconnue. Sa *mère* est morte à 87 ans de vieillesse.

Il s'est marié deux fois. Sa première femme mourut d'accident, il en eût trois enfants qui sont morts, deux on ne sait de quoi, l'autre, à 22 ans, de *tuberculose pulmonaire.*

Mère, 37 ans, n'a jamais été malade, sobre, ni convulsions, ni syphilis, ni maladie de peau. — Elle n'est pas nerveuse, caractère calme. — [Son *père*, mort des suites d'un coup de pied de cheval, était *alcoolique*. Ses excès portaient sur le vin et l'alcool. — *Mère*, encore vivante, s'est séparée de son mari à cause de ses excès ; elle est sujette à de fortes *migraines* qui l'obligent à se coucher. — *Grand-père paternel*, mort à 52 ans, asthmatique. — *Grand'mère paternelle*, morte vers le même âge, également asthmatique. — *Grand-père maternel*, inconnu. — *Grand'mère maternelle*, morte à 83 ans de sénilité. — Plusieurs *oncles* et *tantes paternels* et *maternels* sur lesquels les renseignements manquent. — Une *sœur* avait épousé un *sourd-muet* ; elle est morte en couches à l'âge de 10 ans. — Un *oncle paternel, bègue.* — Pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, etc., dans sa famille.]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 23 ans.

Neuf *enfants* en 13 ans : l'aîné a 13 ans actuellement ; pas de convulsions ; trois sont morts, l'un de *méningite tuberculeuse* à 5 ans ; deux autres du croup à 6 ans et à 20 mois, sans convulsions ; — une *fille*, de 14 ans, est intelligente pas de convulsions, de même que les autres enfants.

Notre malade est le 4e enfant. — Au moment de la *conception* rien à signaler. — *Grossesse* normale, pas d'ennuis, de frayeurs, de traumatismes, pas d'albuminurie ni d'alcool. — *L'accouchement* s'est fait à terme, sans intervention. Le travail a été un peu plus long que pour les autres. Présentation du sommet. Quantité normale de liquide amniotique. — *A la naissance, asphyxie bleue* qui aurait duré environ une demi-heure, sans laisser de traces. Pas de cordon autour du cou. L'enfant était bien portant ; les mains et les pieds étaient *enflés* et le gonflement dura 15 jours. — Nourri au sein par sa mère, sevré à 11 mois. Première dent à 7 mois. — Début de la *parole* à 4 ans seulement ; — de la *marche* à 21 mois ; — de la *propreté* à 2 ans.

Entre 7 et 10 mois, l'enfant a eu cinq ou six fois des *convulsions*. La première fois, il eut trois crises dans la même journée. La première d'une durée de 5 minutes, la deuxième de 5 minutes également, la troisième de huit. « La deuxième

fois, dit la mère, je crus qu'il allait y passer. » Rigidité généralisée, paupières ouvertes, yeux fixes, face non grimaçante. Les crises ultérieures, nocturnes, furent moins longues, la raideur moins prononcée. Le petit malade perdait connaissance, il se raidissait, n'avait pas de convulsions cloniques, il s'endormait immédiatement après. Pas de cri initial, pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire. On n'a pas remarqué de changement de l'intelligence après les convulsions. Les crises cessèrent ver 10 mois. L'enfant a toujours été un peu en retard ; la prononciation n'a jamais été parfaite.

A 8 ans, l'enfant fut pris de *vertiges*. Tout d'abord, il semblait se trouver mal, s'asseyait, devenait pâle, puis tout cessait. On ne s'en aperçut pas à l'école. Les vertiges survenaient par séries, portant sur plusieurs jours : il restait ensuite deux ou trois jours sans en avoir.

Depuis un an, c'est-à-dire à partir de 9 ans, apparition des *accès*. Pas d'aura. — L'enfant s'est blessé une seule fois auprès de l'œil dans une chute. Il devient raide, immobile, pas de secousses, pas de stertor, pas d'écume ni de morsure de la langue. Aucun accident post-épileptique, pas de folie, etc. Quelquefois, miction dans les accès ; pas de défécation ; sommeil consécutif durant 2 à 3 heures. Après les crises, l'intelligence était diminuée.

Le *caractère* est taquin, turbulent, un peu sournois. L'enfant n'a pas de mauvais instincts, pas d'onanisme, pas d'alcoolisme, pas de fugues, pas d'automatisme. — *Digestion* normale ; le malade mange seul, mâche bien les aliments ; les selles sont régulières : pas de gâtisme ; pas de vers intestinaux. — *Respiration* et *circulation*, rien de particulier. — Sentiments affectifs conservés. — Pas de céphalalgie, pas de changements de coloration de la face, pas de secousses. — Étant assis l'enfant tourne sa tête de droite à gauche et de gauche à droite. Le sommeil dure de 8 à 9 heures et est régulier, sans cauchemars ni hallucinations.

Écolage : Il connait les voyelles, ne sait pas écrire, assez d'attention.

Maladies infectieuses : Rougeole à 2 ans et demi ; coqueluche à 7 mois ; — vacciné à trois semaines avec succès.

Pas d'accidents scrofuleux, pas de gourme, pas de dartres, etc. Les parents attribuent la maladie à une frayeur que le malade aurait eue à l'école : son maître, qui, dit-on, était violent l'avait enfermé dans une cave. Il est vrai qu'à cette époque il avait déjà des vertiges.

État actuel (1er *août* 1896). — Aspect général satisfaisant,

facies inintelligent. Cheveux châtain clair, assez régulièrement plantés. Le volume du crâne est moyen, pas de prédominance des bosses ; fontanelles fermées. — *Visage* rond, pas de cicatrices. — Les arcades sourcilières sont peu développées. — Les paupières sont normales ; pas de blépharite, etc. Les fentes palpébrales sont égales. Les cils sont un peu plus foncés que les cheveux. — Les orbites sont peu enfoncées. Les yeux sont mobiles dans tous les sens, pas d'exophthalmie, etc. — Iris noirs. — Pupilles un peu inégales, la gauche est plus dilatée. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle est normalement développée. Le malade ne sait pas reconnaître les couleurs. Pas de rétrécissement du champ visuel. — *Nez* un peu camus ; pas de déviation. *Odorat* peu développé. — Les pommettes sont peu saillantes, symétriques, joues pleines et colorées. — *Bouche* assez grande, régulièrement transversale. — Lèvres un peu volumineuses. — Palais ogival. — *Langue* peu épaisse ; pas de tremblement de la pointe. — Amygdales assez volumineuses. — *Goût* normal : l'enfant distingue bien le sucre du sel. — *Menton* rond, peu volumineux, sur le même plan que le maxillaire supérieur. — *Oreilles* écartées de la tête, bien ourlées, lobule développé, non adhérent. *Ouïe* bonne.

Cou, circonférence 29 centimètres à la base. — *Corps thyroïde* appréciable.

Membres supérieurs, bien conformés, bien musclés ; motilité et sensibilité normales ; mains et ongles normaux.

Membres inférieurs, musclés ; le malade marche bien. Mouvements réflexes normaux.

Thorax bien conformé, régulièrement développé, rachis sans déviation. — L'auscultation et la percussion des *poumons* et du *cœur* ne décèlent aucune lésion.

Abdomen régulier ; rien à la percussion du foie et de la rate. — Région anale saine.

Organes génitaux et *puberté*. — Verge longueur et circonférence 5 centimètres. — Testicules de la grosseur d'un œuf de merle, égaux. Gland découvrable. Pas de poils sur le visage, les aisselles et le pubis. — Sensibilité générale conservée.

Ecole. — A son entrée, Debr... ne savait que les voyelles ; en décembre 1896, il connaissait toutes les lettres de l'alphabet. Ne sachant faire que les bâtons en arrivant, il écrivait à peu près lisiblement quelques mois après. Les progrès en leçons de choses furent aussi marqués. De même en gymnastique. Il se débarrassa à peu près du *tic* consistant à balan-

cer la tête de droite à gauche. Enfin il était devenu moins turbulent. s'habillait et se déshabillait convenablement.

Traitement : hydrothérapie; huile de foie de morue, sirop de fer et élixir polybromuré.

1897. 13 *février*. — Le petit malade entre à l'infirmerie avec une température de 37°, 8. Il est un peu abattu. Signes vagues à l'auscultation.

15 *février*. — Abattement; T. R. 40°; P. 120. R. à 36. Matité dans la fosse sus-épineuse droite et sous la clavicule du même côté. Souffle rude dans la même région; retentissement de la toux; pectoriloquie. — *Traitement* : potion de Todd; quinine.

16 *février*. — Etat général plus mauvais. Abattement marqué. Délire tranquille. T. R. 40°; pouls 150; R. à 48. La bouche est sèche, la langue fuligineuse. Herpès labial. — A l'auscultation, râles ronflants et sous-crépitants dans les deux poumons. Matité à droite en avant et en arrière.

Traitement : bains froids toutes les 3 heures. Ventouses sèches.

18 *février*. — L'état général s'aggrave. T. R. 40°; P. 160; R. 40.

19 *février*. — Souffle rude dans toute la hauteur du poumon droit; râles fins. Le poumon gauche paraît indemne. La percussion, douloureuse, donne une matité complète à droite et intégrité du son à gauche.

21 *février*. — Même état. *Traitement* : bains froids; ventouses.

22 *février*. — Le malade est dans l'abattement le plus absolu, la dyspnée est intense, le pouls incomptable et filiforme. Sueurs abondantes sur la face. Langue sèche. T. R. 41°. — A l'auscultation, souffle à droite et véritable bruit de tempête à gauche. — Mort à 11 heures du matin.

	Températures.	
	Corps.	Chambre.
Aussitôt la mort	41°,5	18°
1/4 d'heure après la mort	39°	18°
1 — —	38°,5	18°
2 — —	37°	18°
3 — —	35°	19°
5 — —	30°	19°
8 — —	25°	19°
10 — —	18°	18°
12 — —	18°	18°

Tableau des accès.

Mois.	1896		1897	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Janvier	—	—	9	2
Février	—	—	4	3
Mars	—	—		
Avril	—	—		
Mai	—	—		
Juin	—	—		
Juillet	»	»		
Août	1	»		
Septembre	2	»		
Octobre	8	»		
Novembre	9	»		
Décembre	15	6		
Totaux	35	6	13	5

Autopsie *faite 24 heures après le décès.*

Tête. — *Cuir chevelu* pâle, assez épais. — *Crâne* lourd, gras. Plagiocéphalie légère : aplatissement du frontal droit, saillie de l'occipital correspondant. Toutes les sutures persistent et sont très dentelées. Les sutures occipito-pariétales présentent plusieurs *os wormiens*. Les bosses occipitales sont très saillantes.

Quelques adhérences de la *dure-mère* au niveau des fosses temporales. — L'apophyse crista-galli est mince. — La *glande pituitaire* a son aspect normal. — Les différentes fosses de la base paraissent égales ; cependant, il existe une dépression de l'occipital gauche. Le trou occipital n'offre rien d'anormal. — Le *liquide céphalo-rachidien* est en petite quantité.

La *pie-mère* de la convexité présente un aspect louche à peu près uniforme avec quelques plaques ecchymotiques. Les granulations de Pacchioni sont abondantes. Sur sa face interne, la pie-mère présente également un aspect louche ; dans sa moitié antérieure, elle est infiltrée de sérosité. Sur les deux hémisphères, elle est notablement épaissie. Elle s'en-

lève très facilement, sans entraîner de substance grise. Pas de granulations tuberculeuses.

Hémisphère droit. — Les circonvolutions frontales sont grêles, sans induration. Les sillons sont assez profonds. — *Aspect chagriné* du pli pariétal inférieur et du pli courbe mais principalement du lobe temporal. — La *corne d'Ammon*, le *corps strié*, la *couche optique* n'offrent rien de particulier, ainsi que le *ventricule latéral.*

Hémisphère gauche. — Même état des ciconvolutions et des sillons, mais il n'existe pas d'aspect chagriné. — La *corne d'Ammon,* le *corps strié,* la *couche optique* sont normaux. Le *ventricule latéral* est notablement *dilaté* dans sa corne occipitale.

La décortication du *cervelet,* qui parait sain, est facile.

Cou. — *Corps thyroïde* normal; les deux lobes sont égaux. — Le *thymus* est presqu'entièrement transformé en tissu cellulaire.

Thorax. — La *plèvre diaphragmatique gauche* présente quelques adhérences. — La plèvre droite est le siège d'adhérences dans toute la partie postérieure, à la base et à la partie inférieure de la face antérieure du poumon. Pas de liquide. — Le *poumon gauche* est assez fortement congestionné; il crépite bien; sa coupe est rouge brun; il flotte. — Le *poumon droit* est transformé en un *vaste bloc dur* et résistant dans toute sa hauteur; il ne crépite pas; la coupe est lisse et sèche; elle a l'aspect d'un bloc jaune traversé par des marbures rougeâtres, noires par points, rappelant suivant la comparaison classique, le fromage de Roquefort. En avant, il existe un point en voie de ramollissement. — Le *cœur* est en systole; pas de liquide dans le péricarde mais granulations jaunâtres confluentes sur le feuillet viscéral, en moins grand nombre sur le feuillet pariétal. Pas d'adhérences entre les deux feuillets. — Les orifices sont normaux. — Le *trou de Botal* est oblitéré.

Abdomen. — *Foie* normal; vésicule biliaire, pas de calculs. — *Rate* se déchire facilement, présente à la face postérieure un petit lobule aberrant presque pédiculé, elle est un peu molle et congestionnée. — Les *reins* sont normaux de même que les capsules surrénales. — Le *péritoine* contient un peu de liquide; pas de granulations. Les *ganglions mésentériques* sont engorgés, rouges et gros.— L'*intestin* est distendu

par les gaz. Pas de corps étrangers, ni de vers. — *Vessie*, ne contient pas de calculs. — Les *testicules* et l'épididyme sont sains.

Tableau du poids et de la taille.

POIDS ET TAILLE.	1896		1897
	Janv.	Juill.	Janv.
Poids		23.500	23.300
Taille		1m 12	1m 14

Mesures de la tête.

	1896. Juillet.	1897. Janvier.
Circonférence horizontale maxima	49	49
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	34
Distance de l'articulution occip.-atloïd. à la racine du nez	36	36
Ditmètre antéro-postérieur maximum	17.5	17.5
— bi-auriculaire	12	12
— bi-pariétal	13.5	13.5
— bi-temporel	12.5	12.5
Hauteur médiane du front	5	5

RÉFLEXIONS. — I. Les renseignements sont à peu près nuls sur la famille du père. En ce qui concerne la famille maternelle, nous notons chez le grand-père des *exès de boisson*, chez la grand'mère des *migraines*, enfin chez un oncle le *bégaiement*. Signalons la *différence d'âge* considérable entre le père et la mère, condition que nous avons soin de relever dans toutes nos observations et qui a été considérée par quelques auteurs comme l'une des causes de l'idiotie.

II. L'*asphyxie bleue*, à la naissance, qui a persisté environ une demie heure, nous paraît expliquer l'arrêt de développement des circonvolutions et l'état mental consécutif. C'est à lui aussi qu'il est possible

de rattacher les convulsions survenues à diverses reprises de 7 à 10 mois.

III. L'*épilepsie* a débuté à 8 ans, par des *vertiges* se manifestant par série. Un an plus tard, il s'y est ajouté des *accès*.

IV. Le malade a succombé à une *pneumonie caséeuse* avec une *température centrale* très élevée (41°,5). Les températures prises après la mort ont montré que l'équilibre entre le *cadavre* et la *chambre* s'est établi au bout de 12 heures. Ce fait confirme les nombreux cas que nous avons cités et qui montrent l'importance de la thermométrie, dans notre climat, pour s'assurer de la *réalité de la mort*.

V. Les *lésions* constatées à l'autopsie peuvent se résumer ainsi : arrêt de développement des circonvolutions, aspect chagriné de quelques-unes d'entre-elles; état trouble, épaississement, adhérences des méninges ; dilatation partielle du ventricule latéral gauche, enfin, *augmentation de poids* et *infiltration graisseuse* du *crâne :* c'est là une altération pathologique que nous avons observée bien des fois, et à un degré bien plus accusé, sur le *crâne des épileptiques*.

VIII.

Idiotie et épilepsie symptomatiques de sclérose atrophique des deux lobes frontaux;

PAR BOURNEVILLE ET DARDEL.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand' père paternel mort de congestion cérébrale. — Arrière grand-père paternel, excès de boisson. — Grand-oncle paternel, quelques excès de boisson. — Cousin paternel idiot et épileptique. — Deux oncles, excès de boisson. — Mère, aucun accident nerveux.*

Consanguinité (cousins-germains). Différence d'âge de 13 ans. — Premières convulsions à 6 mois. — Dentition complète à 2 ans. — Début de la marche à 14 mois. — Rougeole à 6 ans. — Vacciné deux fois sans succès. — Cachexie. — Diarrhée. — Mort.

AUTOPSIE. — *Symphyse cardiaque et nombreuses adhérences pleurales à droite. — Œdème des poumons. — Hypertrophie des ganglions du mésentère. — Sclérose atrophique des deux lobes frontaux. — Hypertrophie compensatrice des os frontaux.*

Veyr... (Marie-Jeanne), née à Mayres (Ardèche), le 26 juillet 1888, est entrée à la Fondation Vallée le 11 septembre 1895.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère et complétés par son père*). — PÈRE, 58 ans, garde républicain, n'a eu ni convulsions dans l'enfance, ni rhumatisme, ni fièvre typhoïde, ni syphilis. Aurait eu un eczéma vers l'âge de 27 ans. Marié à 29 ans. — Très sobre et bien portant. — [*Père,* mort subitement, sans doute d'une *congestion cérébrale.* C'était l'hiver, par un temps très froid; il était sorti pour donner à manger à ses moutons. Il se trouva mal, et on le porta dans son lit, où il mourut cinq minutes après. — Il ne buvait pas. —

Mère, morte très âgée, on ne sait de quoi. — *Grands parents paternels*, pas de renseignements. — *Grand-père maternel*, mort de "coliques" à 84 ans, commettait quelques *excès de boisson*, tous les dimanches. — *Grand'mère* morte très âgée. Un seul *oncle paternel*, bien portant ainsi que ses trois enfants, qui n'ont pas eu de convulsions. — Une *tante paternelle* a six enfants, ne présentant également aucun accident nerveux. — Un *oncle maternel* en bonne santé, célibataire, a été 14 ans soldat et se livre à quelques *excès de boisson*. — Trois *tantes maternelles* bien portantes, ont des enfants en bonne santé, sauf que l'une d'elles a un enfant qui est devenu *idiot* à l'âge de 8 ans ; il serait de plus *épileptique*. — Deux *frères* et une *sœur*, bien portants, de même que leurs enfants ; pas de convulsions. Mais les deux frères font des *excès de boisson* (vin et eau-de-vie de cerises) (1).

MÈRE 24 ans, ménagère, pas de convulsions, non nerveuse, bien qu'un peu vive de caractère. Jamais de maladies. — *Père* 70 ans, très rhumatisant, sobre. Pas de maladie nerveuse. — *Mère*, 65 ans, bien portante, sans manifestations nerveuses. — *Grands parents maternels*, pas de renseignements ; seraient morts jeunes. — Les *grands parents paternels* étaient les *grands parents maternels* du père. — Les *oncles* et *tantes* de son père sont les mêmes que ceux du mari. — Elle n'a pas de détails sur les oncles du côté de sa mère, si ce n'est qu'un *oncle maternel* et deux tantes sont morts jeunes. On ne sait s'ils ont eu des convulsions. La mère de l'enfant est fille unique.]

Consanguinité : le père et la mère sont cousins germains. « Ma mère et mon beau-père sont frère et sœur ». — Inégalité d'âge de 13 ans (père plus âgé).

Deux autres enfants, nés après la malade, n'offrent rien à noter.

Notre malade. — Rien à signaler à la *conception*. — Pendant la *grossesse*, la mère eut des ennuis de famille : ses parents avaient fait venir son cousin au pays pour se marier avec elle, lui faisant donner sa démission de garde municipal (il avait fait sept ans dans l'armée et dans la garde), lui promettant qu'ils lui donneraient leurs biens et qu'ils travailleraient ensemble. Or, après le mariage, les jeunes mariés travaillaient, mais ne recevaient rien. Quand ils eurent besoin d'argent

(1) « Autrefois, dans notre pays (Ardèche) on ne buvait que du vin et on laissait *périr* les cerises et les prunelles, maintenant on les distille. » Ceci dit au sujet de l'*alcoolisme*.

pour des achats, on refusa de leur en donner. De là des discussions vives, des reproches, des menaces du père de l'enfant de revenir à Paris, ce qui tourmentait la jeune femme que Paris effrayait. Finalement ses parents firent de mauvaises affaires. Elle dut revenir à Paris où son mari se réengagea dans la garde. Ces ennuis auraient existé pendant les quatre premiers mois de la grossesse. Pas de vomissements. Elle n'a senti remuer son enfant que vers le sixième mois, tandis que les deux autres enfants ont remué a quatre mois et demi et beaucoup plus fort. Pas d'œdème. — *Accouchement* à terme, couche sèche. — L'enfant a crié de suite ; elle était assez grande, mais pas très grosse. — Nourrie au sein maternel. On a eu de la difficulté à lui faire prendre le sein. Pendant trois jours on dut emprunter le sein d'une autre femme, puis elle a bien tété. Le sommeil était bon. — Elle ressemblait beaucoup à son père tandis que les deux autres enfants ne lui ressemblent pas. A six mois elle venait très bien, souriait, était attentive à ce qui se passait autour d'elle, faisait aller ses bras et ses jambes tout comme les autres enfants de son âge et était comme furent son frère et sa sœur, au même âge, quand survinrent les *premières convulsions* qui ont coïncidé avec le percement de la première dent ; elles auraient duré deux ou trois heures : « elle était morte au bras ». Les *membres se raidissaient*, les yeux restaient grands ouverts.

Les convulsions se sont reproduites presque toutes les nuits pendant deux semaines, durant chaque fois deux ou trois heures. — On ne nota ni *paralysie*, ni *différence* entre les deux côtés du corps. Après ces convulsions, elle n'était plus la même : « son regard n'était plus le même, elle ne paraissait plus avoir sa connaissance ». Pendant les deux mois qui ont suivi, elle n'a pas cessé de crier la nuit, ce qu'elle n'avait jamais fait auparavant. Dans la matinée du jour où survinrent les convulsions, on n'aurait rien remarqué d'anormal (?). *Après*, l'enfant eut des *accès convulsifs*, diurnes et nocturnes, dont le maximum aurait été de 3 ou 4 en 24 heures.

Début de la marche à 14 mois. — A la maison, elle allait et venait, sans conscience du danger, mangeait de tout, des cailloux, des morceaux de cuir, tout ce qu'elle trouvait, mais pas ses matières. — Point de pyromanie, ni de grincements de dents, ni de balancements. Elle n'était pas méchante, mais taquine et rageuse, se mettait en colère quand on la grondait lorsqu'elle avait mangé des saletés. Pas de peurs la nuit, pas d'étourdissements. — Elle aurait rendu plusieurs fois des *ascarides lombricoïdes*.

Aucune autre maladie infectieuse que la *rougeole* à 6 ans.— Pas de manifestations scrofuleuses.

État actuel. (24 *septembre* 1895). — L'aspect général de l'enfant est bon. — *Crâne* arrondi, front découvert, non masqué par la ligne d'implantation des cheveux, qui sont



Fig. 2. — Ve... en août 1897.

châtains clair, avec tourbillon central. Bosses pariétales saillantes et symétriques. Bosse occipitale légèrement saillante au-dessus de la nuque. Arcades sourcilières à peine développées. Cils nombreux et longs. — *Yeux* de couleur châtain foncé ; pupilles égales ; fentes palpébrales bien

ouvertes et symétriques. — Pas d'inflammation du bord libre des paupières ni de la conjonctive. — *Nez* droit. — *Bouche* moyenne, à contours bien dessinés pour la lèvre supérieure, moins nets pour l'inférieure, qui est plus charnue. — *Menton* rond. — Visage rond. — *Oreilles* de dimensions moyennes, bien ourlées ; lobule adhérent. — Physionomie sans expression.

Dentition.— Maxillaire à large développement de son bord alvéolaire. — Dents espacées, surtout à la région antéro-supérieure, petites ; elles sont en outre usées et presque complètement laminées par le choc des dents correspondantes inférieures (grincement ou contracture). — Le nombre des dents, saines, est normal. Les deux incisives médianes permanentes inférieures ont effectué leur éruption. Un large interstice dentaire les sépare, dû à la courbure anormale du maxillaire inférieur. — Amygdales normales. Larynx légèrement saillant, mais le corps thyroïde ne paraît pas très-développé.

Membres supérieurs bien développés ; mouvements spontanés et provoqués normaux. Ni contracture, ni paralysie. — *Membres inférieurs*, volume, attitude, normaux ; bien développés. — Les mouvements spontanés et provoqués sont souples et aisés. Réflexes conservés.

Thorax et *abdomen*. — Rien à signaler. Corps glabre ; pénil saillant, grandes lèvres développées, hymen intact, orifice ovalaire. — Région anale normale. — *Onanisme*, surtout la nuit et, souvent, on est obligé de lui attacher les mains.

L'enfant ne dit que quelques mots inintelligibles et paraît ne rien comprendre à ce qu'on lui dit lorsqu'on lui adresse la parole. — Elle est vorace dans ses repas, se précipite sur le manger de ses voisines et fouille dans les plats. On a trouvé des *vers* dans ses garde-robes qui sont involontaires, jour et nuit. Elle ne peut rester en place, se promène continuellement dans la cour et se montre très-agile, bien qu'elle aît une tendance à marcher sur la pointe des pieds. Elle court sans cesse de tous côtés, profitant d'une porte ouverte pour se sauver dans le jardin. Lorsqu'elle est assise, elle ne cesse pas de se balancer d'avant en arrière. Fait continuellement des grimaces, a toujours ses doigts dans la bouche et se cogne la tête lorsqu'elle est contrariée. — Elle est incapable de s'habiller et de se déshabiller, mais aide à ces opérations. — Elle ne pleure et ne se plaint jamais, sourit quand on la caresse. Elle semble reconnaître ses parents.

1895. *Octobre*. — Accès épileptiforme, sur lequel, malheu-

reusement, manquent les détails. Pas d'autre accès en 1895.

1896. *Avril.* — L'enfant ayant eu quelques accès nouveaux et quelques vertiges, on lui donne de l'élixir polybromuré tout en continuant l'hydrothérapie. — Aucun progrès à l'école. Mêmes tics, même turbulence, ne reste jamais en place, ne fait que courir, il est très difficile de la maintenir assise en classe. A la gymnastique on n'a rien obtenu ; elle ne sait pas saisir les bâtons des échelles. Elle crie et rit aux éclats, sans motif et sans se rendre compte de ce qu'elle fait ou de ce qui se passe autour d'elle. — Au réfectoire, elle se sert de la cuillère; est toujours vorace et gâteuse. Déchire tout avec ses dents et ses mains.

1897. — *Janvier.* — L'état de l'enfant est toujours le même. Elle continue à déchirer ses vêtements avec les dents ; elle les met en lambeaux, les ronge, les suce bien qu'on lui attache les mains. Elle se baisse jusqu'à terre, ramasse avec sa bouche des fils, des cordons, des cailloux, les garde longtemps dans sa bouche et les rejette. Quelquefois, elle avale ces diverses substances et on les retrouve dans les selles, surtout les cordons et les fils. Ses dents sont usées à force de ronger. — Elle est toujours aussi vorace, s'agite, fait des grimaces, tortille ses doigts, ouvre la bouche à la vue des aliments. Dès qu'elle arrive au réfectoire, elle se jette sur les aliments, prend dans les plats, vole la part de ses camarades si on ne la surveille très attentivement. Elle n'est jamais rassasiée. Sa mobilité, sa malpropreté, son gâtisme n'ont pas diminué.

Juillet. — *Description d'un accès.* L'enfant ne parait éprouver aucun malaise avant la crise. — Elle tombe subitement, crie puis s'agite beaucoup: les quatre membres sont secoués par de violentes convulsions. La face se congestionne, les yeux sont injectés, les lèvres violacées. La bouche laisse échapper une bave abondante, mais non sanguinolente; elle est déviée surtout vers la droite. Les globes oculaires se convulsent principalement en haut. L'accès dure une minute ou deux; ensuite Veyr.. s'endort rapidement. Elle urine souvent sous elle. — Lorsqu'elle revient à elle, elle se lève et marche avec précipitation. Elle est toujours altérée après ses accès.

La déchéance s'est accusée à partir de juin 1897. Veyr... s'affaiblissait et maigrissait considérablement et dut entrer à l'infirmerie, qu'elle ne quitta plus. Dans le cours de juillet

elle fut prise d'une *diarrhée* tenace. Vers le milieu du mois d'août, on trouva des *ascarides* dans ses selles. La maigreur était extrême. Elle mangeait cependant avec voracité, et se précipitait sur ses aliments. — Le 1er septembre, elle cessa de manger, mais paraissait très altérée. — Pas de fièvre.

L'auscultation, rendue très difficile par suite de l'indocilité de l'enfant, qui respire très mal, ne permet de reconnaître aucun bruit anormal et ne donne aucun renseignement. — *Diarrheé* verdâtre rebelle aux médicaments prescrits (a. lactique, potion au ratanhia et au bismuth.). L'état général est bien mauvais, la température s'abaisse, remonte brusquement de 1° (37°,6) le 3 septembre au soir, retombe à 36°, 5 le lendemain et le décès survient, sans cri, sans râle, le 5 septembre à 9 heures 1/2 du matin. Son *poids* était descendu à 11 kilog.

Températures après décès.

	Corps.	Chambre.
Aussitôt la mort	37°,2	18°
1[4 d'heure après la mort	36°,8	18°
1[2 — —	36°,7	18°
1 heure —	34°,9	18°
2 — —	30°,2	18°
4 — —	28°,6	17°
6 — —	25°	18°
8 — —	20°,4	18°
10 — —	18°,2	18°

MESURES DE LA TÊTE.	1895	1896		1897	
	Sept.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima	48	48	48	48	48
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	33	33	33	33
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez	35	35	35	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum	15	15	15	15	15.5
— bi-auriculaire —	12	12	12	12	12
— bi-pariétal —	14	14	14	14	14
— bi-temporal —	11	11	11	11	11
Hauteur médiane du front	5	5	5	5	5

Voici la marche des accès en 1896 et 1897.

Tableau des accès.

MOIS.	1895		1896		1897	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	1	»	3	8
Février	—	—	»	2	4	10
Mars	—	—	»	»	6	2
Avril	—	—	1	»	8	1
Mai	—	—	2	»	7	2
Juin	—	—	»	1	6	3
Juillet	—	—	1	1	8	4
Août	—	—	2	2	—	—
Septembre	»	»	1	1	—	—
Octobre	1	»	»	4	—	—
Novembre	»	»	1	3	—	—
Décembre	»	»	2	3	—	—
TOTAUX	1	»	11	16	42	30

Tableau du poids et de la taille.

POIDS ET TAILLE.	1895.	1896.		1897.	
	Sept.	Janv.	Juillet.	Janv.	Sept.
Poids	16 kg.	18.200	17 kg.	18.050	14 kg.
Taille	1.05	1.05	1.06	1.07	1.08

Autopsie *faite* 24 heures après décès. — *Tête.* Le *cuir chevelu* a conservé son épaisseur normale et a peu perdu de graisse ; pas d'ecchymose. La *calotte* a une forme *trigone*, dont la portion frontale est petite, rétrécie, par rapport aux deux parties pariétales. La PLANCHE VI, représentant la coupe de la calotte donne une idée exacte de la configuration générale du crâne. La voûte pariétale gauche est un peu plus grande que

la droite et la suture sagittale est déviée à droite dans sa partie antérieure. — Les *sutures* sont presque rectilignes, à sinuosités et dentelures à peine dessinées, sauf à la suture occipito-pariétale, où on constate, de chaque côté, l'existence d'*os wormiens*. — Les fontanelles sont fermées. — Les *pariétaux* et l'*occipital* sont assez minces, ainsi qu'on le voit sur la coupe et offrent de nombreuses plaques transparentes. Les deux *frontaux*, au contraire, sont notablement *hypertrophiés* dans presque toute leur étendue. La PLANCHE VI montre bien le degré de cette hypertrophie. De chaque côté de la crête répondant à la suture métopique, il existe une petite plaque transparente, plus grande à gauche qu'à droite. Cette *hypertrophie des os frontaux* répond à l'*atrophie des lobes frontaux du cerveau.*

Adhérences entre la dure-mère et la calotte. — *Dure-mère* épaissie, à vascularisation évidente.

Après l'incision de la dure-mère, le cerveau apparait tout infiltré de sérosité; il est légèrement vascularisé sauf au niveau de la région frontale, où la teinte est lactescente. En soulevant les lobes frontaux, profondément altérés, pour dégager la base, on constate une grande quantité de sérosité, qui remplit les lacs sous-arachnoïdiens et le canal rachidien.

La *base* est sensiblement symétrique, les fosses ont leur profondeur habituelle. L'apophyse crista-galli est peu saillante; les apophyses clinoïdes, tant antérieures que postérieures, sont bien développées. — Le trou occipital n'est pas rétréci.

Cerveau. — La décortication en est assez facile, excepté au niveau des lobes postérieurs, L'atrophie des lobes frontaux, déjà très nette sous la pie-mère, apparait encore plus nettement et ce qui reste de ces lobes tranche fortement, par sa couleur jaunâtre, sur tout le reste du cerveau.

Cerveau	665 gr.
Hémisphère droit	330 gr.
Hémisphère gauche	335 gr.
Hémisphère cerébelleux droit	45 gr.
— — gauche	55 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Cervelet et isthme	115 gr.
Encéphale	780 gr.

Hémisphère droit. — Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'*atrophie considérable du lobe frontal,* réduit à une petite pyramide triangulaire de deux centimètres et demi sur

cinq centimètres à peine. Il en résulte que, dans son ensemble, cet hémisphère a une forme arrondie. Les *lobes pariétal* et *temporal* sont, au contraire, assez développés. Ce qui reste des circonvolutions (PL. VII) du lobe frontal a une coloration brun-jaunâtre sur ses faces convexe et inférieure, grisâtre sur sa face interne. Les circonvolutions situées en arrière ont leur coloration naturelle, sont assez grosses, sauf les circonvolutions occipitales, et paraissent tassées les unes contre les autres. — Les *sillons* qui les séparent sont assez profonds.

Les *circonvolutions du lobe frontal* sont non seulement *atrophiées*, mais *sclérosées*, réduites à de petites crêtes et lamelles sinueuses, assez écartées. Il ne reste d'intact que la partie postérieure de la *première frontale* (F^1), le pied de la *seconde frontale* (F^2). Quant à la *troisième frontale* (F^3), elle est atrophiée et indurée dans toute son étendue. — Il en est de même des circonvolutions de la face inférieure du lobe.

Le *lobule de l'insula,* dans sa moitié antérieure, n'offre aucune digitation, est aplati, comme membraneux, dur, de coloration vitreuse ; deux légers reliefs fibreux indiquent la place des digitations correspondantes.

La *frontale* et la *pariétale ascendantes* (FA et PA) sont relativement volumineuses, unies à leurs extrémités par des plis de passage fermant le *sillon* de Rolando, qui est assez profond.

Les *plis pariétaux* (P^1 et P^2) sont bien développés. Un pli de passage, qui les réunit, présente un *petit foyer* jaunâtre, ocreux, de *sclérose atrophique,* en retrait par rapport à la surface des circonvolutions voisines. La lésion intéresse environ deux centimètres de la longueur de la circonvolution de passage. — Le *lobe occipital* est peu volumineux, sans sclérose.

La lèvre supérieure de la *scissure de Sylvius* est plus courte que d'habitude et s'arrête au pied de la frontale ascendante. Sa lèvre inférieure est intacte. Sur cet hémisphère, et sur l'autre, la *circonvolution* dite « *d'enceinte de la scissure de Sylvius* » est très simple et très nette. — Notons, en arrière de T^1, quelques adhérences légères de la pie-mère jusqu'au lobe occipital. — Les trois circonvolutions du *lobe temporal* (T^1, T^2, T^3) sont volumineuses, les sillons intermédiaires sont assez profonds, les plis de passage rares.

Face interne. — On trouve, comme nous l'avons dit, les mêmes lésions de *sclérose atrophique*, intéressant les trois quarts antérieurs de la *première frontale* (F^1) et la moitié

correspondante de la *circonvolution du corps calleux* (CCC). Le *corps calleux* lui-même (CC) n'est pas atrophié comme il l'est sur l'hémisphère gauche. Le reste des circonvolutions est assez développé. — Le *lobule paracentral* (LP) est moins gros que le gauche. — Le *lobe quadrilatère* (LQ) est assez volumineux et assez plissé. — Le *coin* indiqué à tort par LO sur la PLANCHE VIII, est plus petit qu'à gauche. — Le *lobe occipital* est composé de circonvolutions plutôt peu développées. — La *circonvolution* de l'*hippocampe* (CH) est assez volumineuse, ainsi que la *quatrième temporale*. — Le *ventricule latéral*, la *couche optique* (CO) et le *corps strié* n'ont rien de particulier.

Hémisphère gauche. — *Face convexe*. Le *lobe frontal* est également réduit à de très minimes proportions (PL. IX) par une *sclérose atrophique* qui a détruit toutes ses circonvolutions, sauf le pied de la première frontale en petites crêtes blanches ou d'un blanc jaunâtre, indurées, et cela sur les trois faces du lobe (PL. X). La moitié antérieure de l'*insula* est, elle aussi, profondément altérée, sans trace de digitations, déprimée, aplatie, sclérosée et jaunâtre. — La *frontale* et la *pariétale ascendantes* (PL. IX, FA, PA) sont bien développées et régulières. Le *sillon de Rolando* est très net et assez profond. — Les *plis pariétaux* inférieurs et supérieurs (P^1, P^2) et le *pli courbe* (PC) sont plutôt volumineux, tandis que le *lobe occipital* est notablement réduit. — Les *circonvolutions temporales* (T^1, T^2, T^3) sont passablement développées.

Face interne. — La partie antérieure du *corps calleux* (PL. X, CC) et la partie correspondante de la circonvolution du corps calleux (CCC) sont réduites à une simple lamelle ainsi que toute la face interne du *lobe frontal*, à l'exception de l'extrémité postérieure de la première frontale (F^1). Le *lobule paracentral* (LP), le *lobe quadrilatère* (LQ) et le *coin* n'ont rien de particulier. Le *lobe occipital* est petit ; la *circonvolution de l'hippocampe* (CH) est simple et grosse. — Les *sillons* sont moyennement profonds, les *plis de passages* rares ou nuls. — Le *ventricule latéral*, la *couche optique* (CO) et le *corps strié* n'offrent aucune lésion. — Signalons l'épaisseur considérable des deux tiers postérieurs du *corps calleux* (CC).

Cou. — Le *corps thyroïde* a son aspect normal (5 gr.). — Pas de thymus.

Thorax. — Après avoir enlevé le plastron sternal, on constate de faibles adhérences du *poumon gauche* à la paroi

costale. Il existe un peu d'emphysème. Pas de tubercules. (125 gr.). — Le *poumon droit*, au contraire, est extrêmement adhérent à la paroi d'une part et à la cloison médiastine d'autre part, à tel point qu'il est impossible de l'enlever complètement et de le peser. Tout le lobe inférieur reste collé au diaphragme. A la coupe, il s'en écoule une sérosité spumeuse et sanguinolente. Pas de tubercules, mais les ganglions du médiastin sont énormes, forment une masse grosse comme un œuf de poule, et sont *caséeux* à la coupe. — *Cœur.* Son extraction est également impossible en raison des adhérences complètes entre lui et le péricarde, qui adhère également au diaphragme : *symphyse cardiaque totale.* A la coupe, l'épaisseur relative des ventricules est conservée. Pas de dilatation des ventricules (170 gr.).

Abdomen. — *Foie* volumineux, mais de couleur et de consistance normales (795 gr.). — Pas de calculs dans la vésicule biliaire, qui ne renferme que peu de bile. — *Rate* petite, de consistance assez ferme (75 gr.). — *Reins* petits, non congestionnés (40 gr. chacun). — Il n'existe presque pas de matières dans les *intestins*. Ouverts sur une longueur de 2 à 3 mètres à partir du cæcum, on n'y constate aucune altération, mais le mésentère est vascularisé et présente une hypertrophie de tous ses ganglions, qui se suivent en certains endroits comme en chapelet, composant des traînées de 10 à 12 cm. de long. Pas de vers ni de corps étrangers dans les intestins. — *Pancréas* 30 gr. — Les *organes génitaux* sont normaux.

Examen du bulbe, par CESTAN. — *Macroscopiquement*, le bulbe est normal dans son aspect et ses dimensions. Sur des coupes successives, il n'existe pas d'asymétrie au niveau de la protubérance et des pyramides bulbaires qui sont bien développées. La pièce a été durcie par les sels de chrome, puis examinée par les méthodes de coloration à l'hématéine, au picro-carmin et à l'hématoxyline selon le procédé Weigert-Pal, au niveau de la partie supérieure et de la partie moyenne de la protubérance, du noyau du facial, du noyau de l'hypoglosse, de l'entrecroisement sensitif et de l'entrecroisement moteur.

Microscopiquement, il a été impossible de trouver des lésions. La pie-mère et les vaisseaux ne sont pas épaissis, la névroglie n'est pas hyperplasiée et on ne voit pas de corps granuleux. — Les différents groupes cellulaires du bulbe ont leurs cellules bien développées. Les voies aussi bien

sensitives que motrices ne présentent rien d'anormal, leur cylindraxe se colorant bien par le carmin et leur gaine de myéline très visible par la méthode de Weigert-Pal. En particulier la voie motrice, examinée à tous les niveaux cités plus haut, est normale et parfaitement symétrique, ne présentant ni agénésie, ni sclérose névroglique, ni diminution de volume des cylindraxes et de la gaine de myéline. En résumé, le bulbe de Veyra.... est normal

RÉFLEXIONS. — I. Au point de vue de l'*hérédité* et de l'*alcoolisme*, nous avons à relever les particularités suivantes : *grand-père paternel*, mort d'une *congestion cérébrale ;* des *excès de boisson* chez l'un des arrière-grands pères paternels, chez un grand oncle et chez les deux oncles paternels; l'*idiotie* compliquée d'*épilepsie* chez un cousin-germain du même côté. — Nous n'avons rien dans la famille maternelle, mais les renseignements sont incomplets. — Signalons la *consanguinité*, qui n'a d'importance qu'en cas d'accidents nerveux héréditaires et l'*inégalité d'âge* qui, ici, est assez considérable.

II. La *grossesse* a été relativement mauvaise en raison de la dépression morale déterminée par des ennuis sans cesse renaissants, durant les quatre premiers mois. L'enfant a remué plus tardivement et moins fort que les deux autres qui ont suivi, comparaison intéressante, qui mérite d'être mise en relief. Jusqu'à 6 mois, le développement physique et intellectuel s'est fait régulièrement et Vey..., malgré les troubles qui ont accompagné la grossesse, semblait tout à fait normale.

III. Alors survinrent des *convulsions* qui ont été très fortes et ont revêtu la forme d'*états de mal convulsif*, durant deux à trois heures, et qui se sont reproduits presque toutes les nuits pendant deux semaines. C'est à eux que se rattachent indubitablement les

graves *lésions destructives des lobes frontaux* et l'*arrêt de développement du cerveau* sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

IV. Les *convulsions* ont eu pour conséquence immédiate l'*idiotie* profonde dont était atteinte la malade et, ultérieurement, l'*épilepsie*, la « bête noire » des idiots.

V. L'*épilepsie* n'a paru qu'au début de la huitième année et durant les sept premiers mois de son séjour, l'enfant n'avait eu que deux accès. Puis les accès se sont compliqués de vertiges, les uns et les autres sont devenus rapidement de plus en plus fréquents, de telle sorte que, pendant les sept premiers mois de 1897, elle a eu 42 accès et 30 vertiges. Les accidents comitiaux ont disparu dans le dernier mois de l'existence, peut-être sous l'influence de l'adénopathie caséeuse et de l'entérite.

VI. L'*entérite chronique*, observée chez V..., permet de rapprocher son cas de ceux que nous avons rapportés précédemment (p. 22-34). Elle s'est accompagnée d'une *hypothermie* dans les derniers jours, hypothermie qu'il nous paraît utile de mentionner ici :

Température rectale.

	Matin.	*Soir.*		*Matin.*	*Soir.*
26 août	»	37°,8	1er septembre	36°,4	36°,8
27 —	37°,4	37°,6	2 —	36°,4	36°,5
28 —	36°,8	37°,4	3 —	36°,6	37°,6
29 —	37°	37°,3	4 —	36°,4	36°,8
30 —	36°,8	36°,9	5 —	36°,1	»
31 —	36°,4	36°,6			

La température s'est relevée d'un degré au moment de la mort, puis elle s'est abaissée progressivement se mettant, en dix heures, de niveau avec celle de la chambre où le corps avait été déposé. (Voir p. 104).

VII. L'examen des PLANCHES VII et IX, représentant la face convexe des hémisphères cérébraux montre avec netteté : 1° l'*aspect globuleux du cerveau* et la rareté des *plis de passage* ; — 2° la circonvolution désignée par quelques auteurs sous le nom de *circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius ;* 3° l'*atrophie* très considérable des *lobes frontaux* dont le droit est venu en noir par suite de sa coloration brune jaunâtre ; — 4° enfin le volume relativement exigu des *lobes occipitaux.*

La destruction presque complète des lobes frontaux, à un degré tel qu'on la rencontre bien rarement, et qui s'est traduite cliniquement par des états de mal successifs, explique l'*idiotie* profonde dont était atteinte l'enfant. L'intégrité des zones motrices, leur développement même, est en harmonie avec la persistance de la marche, de la course, de l'activité incessante de la malade.

VIII. Le rétrécissement et le peu de hauteur du front, étaient en rapport avec l'atrophie des lobes frontaux, mais les os frontaux n'avaient pu suivre le mouvement de retrait de ces lobes et l'*espace* devenu *libre entre ces lobes et la face interne des frontaux* était comblé : 1° par une accumulation considérable de liquide céphalo-rachidien ; — 2° par un épaississement remarquable, *une hypertrophie des os frontaux* dans toute leur étendue. — L'hypertrophie des frontaux, la surabondance du liquide céphalo-rachidien notés dans ce cas sont à rapprocher de l'hypertrophie de la moitié gauche du crâne, de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien et de la dilatation du ventricule latéral gauche, signalés dans le cas d'*atrophie de tout l'hémisphère cérébral* gauche, avec hémiplégie droite, relevés dans l'observation de Douc.., publiée dans notre *Compte-rendu* de 1896 (p. 82-105).

IX.

Idiotie hydrocéphalique acquise;

Par **BOURNEVILLE** et **J. NOIR.**

SOMMAIRE. — *Père tuberculeux et nerveux. — Grand-père paternel goutteux. — Grand'mère paternelle migraineuse et nerveuse. — Grand-père maternel mort tuberculeux. — Grand'-mère maternelle cardiaque. — Cousine naine et rachitique (?). — Sœur morte avec des convulsions de l'enfance. — Autre sœur, convulsions de l'enfance, intelligente. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge (6 mois).*

Conception : rien de particulier. — Emotion violente au sixième mois de la grossesse suivie de délire et de photophobie. — Accouchement normal. — Pas d'asphyxie à la naissance malgré trois circulaires du cordon. — Allaitement maternel. — Première dent à 14 mois. — Parole à deux ans. — Marche à 10 mois. — Bronchite et convulsions à 10 mois. — Glaucome probable et perte de l'œil droit. — Paralysie du côté droit. — Augmentation de la tête vers 10 mois. — État actuel. — Aspect du crâne. — Strabisme. — Puberté. — Gâtisme. — Tics. — Mensurations de la tête et des membres. — Traitement de l'hydrocéphalie. — Amygdalite. — Diarrhée. — Dyspnée. — Mort.

AUTOPSIE. — *Crâne : persistance de la fontanelle antérieure. — Description du cerveau : lésions des circonvolutions ; — hydrocéphalie ventriculaire très prononcée.*

Gill... (Louise), née à Paris, le 3 décembre 1890, est entrée le 30 novembre 1893, dans notre service à Bicêtre, où elle est décédée le 30 juin 1894.

Antécédents. — *(Renseignements fournis par la mère de l'enfant le 25 décembre 1893).* — PÈRE, peintre en décors, est mort à 32 ans de phtisie pulmonaire. Très sobre et très

rangé, il n'a jamais eu de dermatose, ni de syphilis. Toute son histoire pathologique se borne à une bronchite à 17 ans, à une névralgie faciale à 27 ans et à sa maladie ultime. Il fumait beaucoup. Doux, travailleur, il était cependant « très nerveux » et se laissait facilement abattre.

Famille du père. — *Père*, 63 ans, inspecteur des égouts, c'est un travailleur sobre et paisible. De bonne santé habituelle, il est cependant sujet à des accès de *goutte?* — *Mère,* 56 ans, jouit d'une bonne santé générale, elle est nerveuse, sans avoir de crises cependant; les grandes émotions déterminent chez elle des accès de suffocation, elle ne peut pleurer. Elle était sujette à de violentes *migraines*, devenues moins intenses depuis son retour d'âge. — Le *grand-père paternel* serait mort à 72 ans, durant la guerre.— Une *grand'-mère maternelle* vit et est bien portante à 83 ans. — Pas de renseignements sur les autres grands-parents. — Trois *frères* dont un mort en naissant. L'*aîné* des survivants a 32 ans, est ciseleur. Très intelligent, il est actuellement faible et *tousse.* Il est sobre et travailleur, mais « s'est amusé autrefois ». L'*autre frère* a 21 ans, est sous-officier au génie à Versailles, il est très intelligent mais sujet aux bronchites. Ces deux frères sont célibataires. Une *sœur,* 29 ans, se trouve mal facilement et est sujette aux *migraines*; elle a une *petite fille* de 18 mois, très belle et bien portante, qui marche et parle. — Rien à signaler dans le reste de la famille du père. Les membres de cette famille ont plutôt en général la tête petite.

MÈRE, 32 ans, couturière, est une femme brune au visage coloré, assez sanguine, d'aspect intelligent. Sa tête est de dimensions moyennes. Sa santé aurait toujours été parfaite, elle n'est pas nerveuse. Elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une légère blépharite ciliaire dans son enfance.

Famille de la mère . — *Père,* mort à 45 ans de *tuberculose pulmonaire.* Cet homme, très fort, exerçait la profession de marchand de vins et aurait été, malgré cela, d'une grande sobriété. Il n'a jamais eu d'autre maladie que son affection ultime qui a duré 5 mois. Il était sanguin, puissant, calme et nullement nerveux. — *Mère,* morte à 47 ans, probablement d'une lésion organique du cœur. Elle était plus âgée que son mari, sujette aux douleurs rhumatismales, elle n'était pas nerveuse. Dans sa jeunesse, très dévote, elle se destinait à entrer au couvent. Elle revint sur cette résolution à cause d'une maladie d'yeux (?). — *Grand-père paternel,* cultivateur, mort à 61 ans, très travailleur, pas d'autres renseignements. — *Grand'mère paternelle* morte à 88 ans, jusque-là bien

portante. — *Grand-père maternel* mort subitement à 42 ans ; intendant à la campagne, il était fort et de bonne santé ordinaire. — *Grand' mère maternelle*, morte à 71 ans, coléreuse, méchante et emportée. — Deux *oncles* et deux *tantes* bien portants. — Ni *frères*, ni *sœurs*. — *Cousine germaine*, nouée, ne grandit pas, va à Berck chaque année et reste malgré tout difforme ; elle est néanmoins très intelligente. — Rien à signaler dans le reste de la famille, dont les membres n'ont pas en général la tête grosse.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 mois.

Cinq *enfants* dont quatre vivants : l'*aînée*, 9 ans, a été sujette aux *convulsions* dans son enfance ; elle se porte bien, est gentille, intelligente, n'a pas la tête grosse et tient beaucoup de son père. — La *seconde* est morte à 2 mois du choléra infantile. Elle a eu des *convulsions* au moment de la mort. Elle paraissait devoir bien venir. — La *troisième*, 7 ans, est bien développée, intelligente, en bonne santé, n'a pas eu de convulsions. — Le *quatrième*, 5 ans, bien portant, normalement constitué, est intelligent. Le médecin prétend qu'il est faible de poitrine. Il n'a pas eu de convulsions. — La *cinquième*, 3 ans, est notre malade.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — *Grossesse* acceptée sinon avec bonheur, du moins avec résignation. Au 6e mois, *émotion* violente due à un *empoisonnement, par les moules*, dont son mari fut victime. Quant à elle, elle perdit connaissance, le médecin parla de congestion cérébrale, lui fit prendre des bains à la moutarde. Elle fut un mois malade avec des *accès de délire* et une *photophobie* intense. Ni paralysies, ni contractures. La fin de la grossesse ne fut compliquée que par quelques *syncopes* très courtes.

Accouchement à terme, normal, sans chloroforme. Le travail dura 10 heures environ. — A la *naissance* l'enfant était bien portante, non asphyxiée, malgré deux ou trois circulaires du cordon autour du cou. Elle pesait *onze* livres, affirme-t-on. — *Allaitement* au sein ; *sevrée* à 22 mois. — *Première dent* à 14 mois ; douze sont sorties à 16 mois. *Début de la parole* à 2 ans, dit « papa, maman. » *Début de la marche* à 10 mois. L'enfant se porta fort bien et fut considérée comme très belle jusqu'à 10 mois. A cette époque, elle eut une bronchite compliquée de *convulsions*. Durant ces convulsions, qui furent qualifiées d'internes, elle ne remuait pas, mais le cou était roide, la langue restait contractée au fond de la bouche,

les yeux étaient animés de mouvements, le visage était pâle. La crise durait ainsi deux heures environ et était suivie d'un sommeil calme. Pendant près d'un an, ces convulsions se sont reproduites très fréquemment, parfois plusieurs fois par jour. A 14 mois, à la suite de crises répétées, elle resta durant quatre jours sans pouvoir prendre spontanément sa nourriture, on dut lui donner seulement un peu de lait à la cuillère. Parfois, elle se plaignait et avait de la fièvre. Elle avait maigri progressivement beaucoup. A la suite de la crise de 4 jours que nous venons de signaler, l'œil droit de la malade devint volumineux, M. Galezowski lui donna ses soins. L'œil diminua progressivement, s'atrophia, la vue disparut. En même temps une *paralysie* presque complète du *côté droit* se déclarait. M. Landolt, qui vit plus tard l'enfant, aurait déclaré que la vue pouvait être récupérée, si la tête de l'enfant diminuait et si son développement devenait normal.

A partir de l'époque de cette crise importante, la *tête grossit* peu à peu. Des *convulsions* se reproduisirent avec les mêmes caractères mais avec moins de violence. Elles venaient approximativement deux à quatre fois par mois. Parfois des crises plus graves se produisaient ; on crut ainsi la perdre au 14 juillet de l'an dernier, elle resta en crise de 5 heures du matin à 4 heures du soir. L'attaque avait débuté par un vomissement. Depuis l'on n'en observa que trois ou quatre, mais la mère pense que beaucoup passent inaperçues, les mouvements étant fort limités et l'enfant criant peu.

Schn... commença à être propre à 2 ans. Son intelligence faisait quelques progrès, grâce à l'éducation qu'essayait de lui donner la mère. La mort du père mit un terme aux soins maternels et les progrès cessèrent. L'enfant est affectueuse pour sa mère. Elle *mord* et *grince* parfois des dents, mais est rarement en colère. Jusqu'à l'âge de dix mois, nous répète-t-on, *elle paraissait absolument normale.* — Pas d'autres maladies, ni d'accidents constatés.

État actuel (*Décembre*). — Adipose prononcée. Visage coloré. Air de bonne santé. Physionomie sans expression. — *Peau* blanche, assez fine. *Cheveux* châtains clairs, bien implantés, se résolvant en duvet au niveau des tempes. *Crâne* très plagiocéphale, la bosse frontale gauche et pariétale droite sont notablement plus développées. Le crâne est plus élevé à gauche qu'à droite. L'étroitesse du front le rend trigononal. — Les *sutures* ne sont pas perceptibles mais la *fontanelle antérieure* persiste. Elle a la forme d'un triangle irrégulier, à base antérieure de 6 centimètres sur 2 centimètres

de hauteur. On ne perçoit pas la fontanelle postérieure. La bosse occipitale est développée et, au-dessus, existe une sorte de méplat.

Visage ovale; prognathisme apparent, front élevé, bombé (*Fig.* 3). *Arcades sourcilières* peu saillantes. *Paupières* nor-



Fig. 3. — Gill... à 3 ans.

males. — *Orbites* un peu excavés surtout à droite où l'*œil* est très notablement moins développé que le gauche, qui est d'aspect normal. Cet œil droit est gris et terne, sa pupille est contractée, il est le siège d'un léger *strabisme* divergent. L'œil gauche a l'iris gris foncé et parait sain. La lumière amène la réaction pupillaire. Il ne semble pas que l'enfant perçoive

nettement les impressions lumineuses, néanmoins la lumière vive excite chez elle une gaîté exubérante. — *Nez* déprimé à la base, lobule épais, narines dilatées, regardant en bas. Pas d'asymétrie faciale si ce n'est pour les yeux. Joues pleines, sillons labio-nasaux égaux. Lèvres normales. — *Bouche* moyenne. *Dents* blanches régulières, les supérieures chevauchent légèrement sur les inférieures. Rien de particulier à la langue, au palais, au gosier. Pas de réflexe pharyngé. — Le *goût* et l'*odorat* paraissent nuls. — *Menton* moyen et régulier. — *Oreilles* grandes, assez bien ourlées, à lobule charnu détaché. Conque peu profonde. *Ouïe* normale des deux côtés.

Cou gras, pas de goître. — *Thorax :* rien de notable. Le *cœur* et les *poumons* fonctionnent bien. — *Abdomen :* rien de particulier.

Puberté. Duvet fin dans le dos et sur les fesses. Léger duvet sur les grandes lèvres. Pénil gras et glabre. Vestibule profond. Clitoris petit avec capuchon peu développé. Hymen ovalaire. *Anus* normal.

Membres supérieurs bien développés, même très gras. Mains bien faites, l'enfant se sert surtout de la gauche. Les extrémités sont violacées et froides.

Membres inférieurs très gras, jambes flasques, l'enfant ne peut se tenir debout. Pieds violacés, en légère rotation interne. Les réflexes rotuliens sont conservés.

L'enfant est complètement *gâteuse.* La *sensibilité* sur tout le corps est assez obtuse mais est perçue à la piqûre et à la chaleur. Ordinairement triste, l'enfant a des moments de gaîté, reconnait sa mère et ses sœurs, est caressante. *Tics :* Elle balance d'avant en arrière la tête et le tronc toute la journée ; se déchausse constamment.

Elle parle, mais ne prononce bien que les mots « maman » et « ma fille ». Elle chantonne des airs vagues où l'on peut saisir des traces de refrains populaires.

Mensurations de la tête.

	Déc. 1893	Juin 1894
Circonférence horizontale maxima	570mm.	545mm.
Demi-circonférence bi-auriculaire	385	385
Distance de l'art. occip. altoïdienne à la racine du nez	410	400
Diamètre ant. post. maximum	189	182
— bi-auriculaire	125	115
— bi-temporal	130	130
— bi-pariétal	150	150
Hauteur du front	85	80

	Déc. 1893	Janv. 1894	Juin 1894
Poids	17 kil.	17 kil.	16 kil.
Taille	90 cm.	90 cm.	90 cm.

Membres supérieurs.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle	185	185
— à 0 m. 10 au-dessus de l'olécrâne	160	155
Circonférence à 0 m. 10 au-dessous	160	160
— au poignet	110	110
— au métacarpe	135	135
Distance de l'acromion à l'olécrâne	160	160
— de l'olécrâne à l'ap. styl. du cubitus	140	140
Distance de cette apophyse à l'extrémité du médius	100	100

Membres inférieurs.

Circonférence au niveau de l'aine	315	315
— à 0 m. 10 au-dessus de la rotule	235	235
Circonférence à 0 m. 10 au-dessous	185	185
— au cou de pied	155	155
— à la partie moyenne du pied	140	140
Distance de l'ép. iliaq. ant. sup^{re} à l'interl. art. du genou	250	250
Distance de l'int. artic. à la malléole ext.	160	160
— de la malléole à l'extr. du médius	110	110
Pied { longueur	125	125
Pied { largeur	60	60

28 *décembre*. — *Traitement :* Raser la tête, appliquer un vésicatoire camphré sur la moitié gauche du cuir chevelu, l'y laisser de 7 heures du matin à 5 heures du soir. Sirop d'iodure de fer. Huile de foie de morue. Deux bains salés par semaine.

1894. 13 *mars*. — Nouveau vésicatoire. Les mensurations de la fontanelle antérieure donnent 55 mm. de base sur 16 mm. de hauteur ; il y a donc une sensible diminution depuis l'entrée de la malade.

12 *mai*. — L'enfant entre à l'infirmerie atteinte d'amygdalite. Sa température atteint 38°. Elle est abattue et a de la dyspnée.

14 *mai*. — La fièvre persiste et l'abattement continue.

18 *mai*. — Même aspect général. Pouls : 120. Respiration pénible, mais rien de perceptible à l'auscultation. La fontanelle antérieure mesure 50 millim. sur 6 millim. Elle se développe surtout à gauche. Demi-contracture très nette à droite. Réflexes patellaires exagérés.

L'*attention* est presque nulle. Gil... gémit et grince des dents. La surveillante prétend qu'elle reconnaît la voix de sa mère. Intelligence, parole nulles. — Accès de suffocation se montrant principalement la nuit suivis de refroidissement des extrémités; ils ne durent que quelques minutes. Ces suffocations, apres s'être montrées pendant quelque temps, ne surviennent plus depuis 3 ou 4 jours. Malgré cela l'affaiblissement de Gill... est plus considérable. Cet état est survenu à la suite d'une infection caractérisée successivement par de l'*angine*,de la *diarrhée*, de la *dyspnée* et un peu de toux. Bien qu'il n'y ait pas de bruits anormaux à l'auscultation, la respiration est plus rude à droite.

12 *juin*. Perte de l'appétit. Mouvements fébriles assez fréquents.

17 *juin*. — T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,5. — 21 *juin*. — T. R. 37°, 3. — *Soir* : 37°, 7. — 22 *juin*. — L'état s'aggrave. T. R. 38°. — *Soir* : 38°, 3. — 23 *juin*. — T. R. 38°, 7. — *Soir* : 39°.

24 *juin*. — T. R. 39°. — *Soir* : 39°, 3. — 25 *juin*. — T. R. 39°. — *Soir* : 39°, 2. — 26 *juin*. — T. R. 39°. — *Soir* : 39°, 6. 27 *juin* — T. R. 40°, 3. — *Soir* : 40°, 6. — 28 *juin*. — T. R. 40°, 6. — *Soir* : 40°, 4.

29 *juin*. T. R. 40°, 4. — *Soir* : 40°, 9. Rien de perceptible à l'auscultation. Affaiblissement progressif.

30 *juin*. — T. R. 41°, 4. L'enfant meurt à 8 heures du matin.

Température après la mort.

	T. R. du corps.	T. R. de la chambre.
Température aussitôt la mort......	40°4	18°
— 1/4 d'heure après.....	40°	18°
— 1 heure après.........	38°	18°
— 2 heures après........	36°	18°
— 4 heures après.......	30°	18°
— 6 heures après.......	28°	18°
— 8 heures après.......	24°	18°

Autopsie *faite* le 1er *juillet*. — *Thorax*. Aucune lésion du *cœur* (60 gr.), du *poumon droit* (100 gr.), ni du *poumon gauche* (95 gr.), de la *plèvre*, ni du *péricarde*. *Corps thyroïde* : 10 gr. Pas trace de *thymus*.

Abdomen. *Foie* (370 gr.), un peu graisseux. — *Rate* (45 gr.), d'aspect normal. — *Reins* (45 gr. chacun), rien de particulier, ni au *pancréas* (15 gr). — Rien à noter au *péritoine*, aux *intestins* ni à la *vessie*.

Tête. — *Cuir chevelu*, peu épais. *Os* très minces, très

tendres, avec de nombreuses plaques transparentes *(Fig. 4)*. Plagiocéphalie très-prononcée : frontal droit très déprimé, occipital correspondant un peu proéminent. — La *suture*



Fig. 4. — Crâne de Gill... réduit d'un tiers (95mm transversalement au lieu de 135 mm.).

métopique est complètement fermée. — La *suture fronto-pariétale droite* présente huit *os wormiens*, la gauche deux. — La *fontanelle antérieure* persiste, elle mesure transversa-

lement 5 cent. et demi et 15 millimètres d'avant en arrière (*Fig.* 4). — La *fontanelle postérieure* est fermée. — La suture interpariétale est moyennement sinueuse. — Les *sutures pariéto-occipitales* le sont davantage ; celle de droite offre deux os wormiens. — *Base du crâne* très asymétrique ; les fosses temporales et occipitales sont beaucoup plus développées à droite qu'à gauche. — La *dure-mère* est très adhérente.

Cerveau. — *Hémisphère gauche.* — La partie antérieure de la corne frontale est fort altérée par l'arrachement de la substance grise adhérente à la pie-mère. F^1 et F^2 sont particulièrement lésées, surtout à leur pied, et avec la partie voisine de FA forment un centre de ramollissement. F^3 est presque indemne surtout à sa partie postérieure. — La *scissure de Sylvius* bien accusée est béante. L'*insula* est *atrophié*. Une bande atrophiée borde la scissure large de 2 cent. 5 à 3 cent., elle s'étend obliquement du pied de PA à la partie antérieure du lobe occipital. Nombreuses adhérences sur le lobe pariétal. La lésion atrophique est surtout intense au niveau du *pli courbe*. — Le tiers postérieur du *lobe temporal* et le tiers antérieur du *lobe occipital* sont *atrophiés* (PL. XI).

La *face interne* est tout aussi lésée. F^1, le *lobe paracentral*, l'*avant coin*, le *coin*, la *corne occipitale* sont déprimés. La *circonvolution de l'hippocampe* est réduite à une mince lame. — Le *corps calleux* a l'aspect d'une membrane d'un millim. et demi d'épaisseur (PL. XII).

La *cavité ventriculaire* est énorme, développée tant en avant qu'en arrière aux dépens des trois cornes du ventricule. Un léger relief indique le *corps opto-strié* fort aplati. Une membrane épaisse, très vascularisée, tapisse la cavité. Le *pédoncule cérébral* a l'aspect d'un pédicule recouvert de cette membrane et de vaisseaux. Ce pédicule rayonne sur la paroi externe du ventricule tant par l'épanouissement de ses vaisseaux que par l'aplatissement des masses qui sont le vestige des ganglions centraux.

Hémisphère droit. — La configuration de la face externe diffère de celle de l'hémisphère gauche. Ici l'*hydrocéphalie* s'est développée surtout en avant aux dépens de la région frontale. La scissure de Sylvius, béante, laisse l'insula faire saillie. Cette région ne paraît pas altérée. Les circonvolutions frontales et PA semblent saines. Les scissures sont béantes. Le *lobe pariétal supérieur* est à peu près normal ; mais le pli courbe et la région qui, horizontalement, va du pli courbe à la corne occipitale offre une zone atrophiée de 3 cent. de

largeur. T^1 est atrophiée sur ses 2/3 postérieurs. Le reste du lobe temporal n'est pas trop altéré.

La *face interne* est aplatie, refoulée par l'hydrocéphalie et sa configuration est à peu-près détruite. Le *ventricule latéral* très dilaté a l'aspect d'une simple poche. — Les *corps opto-striés* sont très déprimés et une membrane tapisse le ventricule comme à gauche, ayant les mêmes caractères. (Pl. XIII).

Cervelet. Rien de particulier. — Le *quatrième ventricule*, l'*aqueduc de Sylvius* sont notablement dilatés et la membrane qui les recouvre est épaisse. — Rien aux *tubercules quadrijumeaux*, au *bulbe*, ni à la *protubérance*.

Liquide hydrocéphalique	750 gr.
Hémisphère droit	495 gr.
Hémisphère gauche	500 gr.
Cerveau	995 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	50 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	50 gr.
Bulbe et protubérance	25 gr.
Poids total de l'encéphale avec le liquide	1900 gr.
Moelle épinière	20 gr.

Pas de lésion de la *moelle* perceptible à l'œil nu.

RÉFLEXIONS. — I. Les antécédents de la malade nous paraissent insuffisants pour leur attribuer une grande part dans l'étiologie de l'hydrocéphalie. La tuberculose et les névralgies du père, les phénomènes migraineux de plusieurs membres de la famille sont tout le bilan héréditaire de Gill... que l'on retrouverait dans beaucoup de familles.

II. L'*émotion* de la mère au sixième mois de la grossesse mérite d'être remarquée. A la suite d'un *empoisonnement* de toute la famille par des moules, empoisonnement auquel succombe son mari, tuberculeux, elle perdit connaissance, eut du délire, fut en un mot réellement malade à un degré suffisant pour que le développement du fœtus en ait subi quelque atteinte.

III. Jusqu'à 10 mois, notons que Gill... paraissait

normale. A cette époque survient une bronchite, compliquée de *convulsions*, à la suite desquelles la tête se met à grossir et l'œil droit devient volumineux (glaucome probable) et ensuite s'atrophie. Une *paralysie du côté droit* se manifeste.

A partir de cette attaque, début véritable de son *hydrocéphalie*, les crises convulsives se répètent le plus souvent peu intenses, comme nous en avons déjà observé chez de nombreux hydrocéphales.

IV. Idiote et gâteuse, cette enfant est parésiée du côté droit et, en outre, paraplégique.

Elle meurt à la suite d'une amygdalite dans une sorte de cachexie qui parait être plus le fait de son affection nerveuse antérieure que de la maladie intercurrente qui semble la simple cause occasionnelle de la mort. L'autopsie, du reste, ne révèle aux viscères (sauf à l'encéphale) aucune lésion macroscopique.

V. Les lésions de l'hémisphère gauche, au niveau de la zone motrice, de l'insula, de la région occipitale suffisent à rendre compte de la paralysie gauche et des troubles de la vue.

L'hydrocéphalie parait, dans cette observation, être la résultante de poussées méningitiques répétées, poussées dont les crises convulsives ont été les symptômes les plus manifestes.

X.

Deux nouveaux cas d'état de mal épileptique;

PAR BOURNEVILLE, TISSIER ET RELLAY.

Depuis plusieurs années nous n'avons consigné dans nos *Comptes-rendus* aucune observation nouvelle sur l'*état de mal épileptique*. Les deux cas qui suivent vont nous permettre de rappeler les traits principaux de cette complication si grave du mal comitial.

OBSERVATION I. — **Idiotie complète et épilepsie. Etat de mal; élévation considérable de la température.**

SOMMAIRE. — *Père migraineux; rien de plus du côté paternel. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel: névralgie faciale. — Grand'mère maternelle: rhumatisme articulaire chronique. — Grand-oncle maternel mort de tuberculose. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.*

Émotion au second mois de la grossesse. — Légère asphyxie à la naissance. — Convulsions internes du premier jusqu'au quatrième mois et demi. — Grandes convulsions à diverses reprises de quatre mois et demi à un an. — De là à l'entrée (3 ans) vertiges fréquents. — Première dent à un an; dentition complète à l'entrée. Balancement antéro-postérieur du tronc; succion des mains, bave, grimaces; strabisme intermittent; marche et préhension nulles. — Insomnie. — Intelligence à peu près abolie.

Évolution de la maladie. — Conjonctivite. — Rougeole. — Teigne. — Aucune amélioration malgré le traitement. — Diarrhée intermittente. — Capsules de bromure de camphre: suspension des accidents épileptiques. — Absence

presque complète de développement physique et intellectuel. État de mal. — Mort en 11 jours.

AUTOPSIE : *Méningo-encéphalite ; — Congestion pulmonaire*

Schneid... (Gustave), né le 16 octobre 1886, à Paris, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. *(Renseignements fournis par sa mère et sa grand'mère maternelle).* — PÈRE, âgé de 33 ans, tailleur d'habits, grand et mince. Santé toujours bonne : pas de convulsions dans l'enfance ni de maladies graves à l'âge adulte ; sobre, fume peu, de caractère calme, sans traces de syphilis, de maladies de peau ni de rhumatismes. *Migraines* violentes et courtes revenant tous les mois. — [La *famille du père* ne présente absolument aucun accident morbide, digne d'attention.]

MÈRE, 26 ans, polisseuse, est une femme de physionomie régulière, grande, brune, un peu obèse. Développée de bonne heure, elle a toujours été bien portante : pas de convulsions dans l'enfance ni de maladies graves à l'âge adulte ; actuellement sa santé est parfaite ; elle n'a jamais eu de migraines, de céphalées ni d'évanouissements ; son caractère est tranquille. — [Son *père*, âgé de 60 ans, est affecté de catarrhe pulmonaire et de *névralgies faciales*. — Sa *mère*, 58 ans, grande et forte, souffre de rhumatismes articulaires chroniques depuis 4 ans. Dans le reste de la famille de la mère, on relève quelques parents arthritiques ; un grand-père et une grand'mère asthmatiques, une tante paternelle très obèse. — Aucune tare héréditaire nerveuse.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.

Deux *enfants* : 1° Une fille de 4 ans, bien portante, intelligente, sans convulsions ni tare nerveuse ; — 2° Notre malade.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents étaient bien portants et vivaient en bon accord. La *grossesse*, facile et normale, n'a été signalée que par une *peur*, légère d'ailleurs, au second mois. L'enfant aurait remué énormément. — L'*accouchement* a eu lieu à terme, normalement ; l'enfant était très gros. La tête est restée peu de temps au passage. Légère *asphyxie* à la naissance, vite dissipée. Nonrri au biberon avec du lait de vache par sa mère pendant le premier mois et par une nourrice pendant les 11 mois suivants.

Premières convulsions dès le premier mois. Elles ont persisté jusqu'à 4 mois et demi. Elles étaient légères, dit la

mère: c'étaient des convulsions internes. Elles n'auraient pas entravé le développement physique et cérébral de l'enfant qui paraissait intelligent, riait et reconnaissait un peu son entourage. A partir de 4 mois et demi se sont manifestées de fortes *crises* avec convulsions cloniques généralisées qui se reproduisaient plusieurs fois par mois. A l'âge d'un an, l'enfant a été repris par ses parents qui l'ont conduit à la Salpêtrière où on a prescrit des bains et un sirop inconnu. A la suite de ce traitement, on n'aurait plus vu se reproduire de grandes crises mais seulement des *vertiges* qui se répétaient jusqu'à 10 fois par jour et chaque fois avec le même appareil: la face pâlissait, la tête se projetait en avant, puis se relevait.

La *première dent* s'est montrée à un an; actuellement l'enfant en a 20. — Il a toujours été gâteux, n'a jamais marché et n'a jamais su se servir de ses mains; il passait la journée, chez ses parents, posé sur un paillasson ou maintenu sur une chaise; il gigotte, rit et crie, présente un balancement antéro-postérieur du tronc, bave abondamment et suce ses mains sans cesse. Il ne grince pas des dents, mais sa face grimace continuellement. Son regard autrefois normal, *louche* très souvent depuis un an. La mère juge que son enfant « se contrefait de plus en plus ». Il ne reconnait personne; pas de sommeil la nuit: il crie, rit, grimace.

Jusqu'à ce jour l'enfant n'a eu qu'une congestion pulmonaire à 13 mois; aucune autre maladie générale, contagieuse ou non. Il n'est pas vacciné. Aucun accident strumeux; pas d'otite, ni d'ophtalmie; pas de vers intestinaux; pas d'onanisme constaté, bien que l'enfant porte souvent la main à sa verge.

Etat actuel. (20 *oct.* 1888). — *Tête.* — Cheveux châtains, assez abondants. — *Crâne* un peu gros, symétrique; bosses pariétales bien marquées, régulières; bosse occipitale nette. — Bosses frontales très saillantes; le front est étroit, haut de 6 cm. 5. Les arcades sourcilières sont peu marquées, les sourcils peu abondants. Pas de blépharite; les *yeux* sont très mobiles et présentent un *strabisme intermittent*; l'iris est bleuâtre, les pupilles égales. — Narines très écartées; bouche moyenne; voûte palatine ogivale; amygdales peu saillantes; réflexe pharyngien normal. — La *dentition* de lait est complète; les dents sont de forme, de grosseur et de couleur normales; elles sont un peu serrés à la mâchoire supérieure. — Les *oreilles*, hautes de 5 cm., sont bien conformées; leurs lobules sont à moitié adhérents. L'*ouïe* est naturelle.

Cou: 27 c. de circonférence. Le *corps thyroïde* est normal.

Thorax : aucune déformation. — Les *organes respiratoires* et *circulatoires* sont en bon état.

Organes génitaux. — Verge : longueur 3 cent., circonférence 4 cent. 5. Le prépuce recouvre le gland, le méat est normal. Les testicules sont remontés dans l'anneau inguinal, les bourses demi-pendantes.

Membres supérieurs et *inférieurs* bien musclés et parfaitement conformés. La préhension est possible, mais l'usage des mains très imparfait. L'enfant ne marche que si on le soutient. Les ongles ne sont pas rongés. — La *sensibilité générale* est intacte.

La préhension des aliments est impossible ; on nourrit l'enfant avec du lait ou des potages donnés à la cuiller ou à la tasse, la nuit le biberon. Les selles sont diarrhéiques et fétides ; l'enfant gâte continuellement et complètement.

La *parole* est absente ; pas trace d'intelligence ni de mémoire. Le malade tourne la tête de droite à gauche continuellement, suce ses mains et bave.

Températures après des accès.

Dates.	T. R. au moment du ronflement	T. R. 1/4 d'heure après l'accès	T. R. 2 heures après l'accès
10 janvier 1889. Journée.	37°, 3	37°,2	37°, 3
1er mars 1889. Nuit......	38°	37°, 4	37°
9 juin 1889. Journée.....	38°	38°	37° 5

Evolution de la maladie. — 1888. *Oct.-nov.* — Traitement : sirop d'iodure de fer ; un bain salé par semaine ; huile de foie de morue. 19-30 *novembre.* — *Conjonctivite* guérie.

1889. 20-30 *janvier.* — Bronchite.

2 *février.* — On augmente la quantité de lait ; on donne 60 gr. de viande crue, du sirop antiscorbutique et 2 bains salés par semaine. Pas de modifications dans l'état du malade : le poids et la taille ne varient pas.

23 *avril.* — *Diarrhée* avec *chute du rectum.* Guérison le 7 mai.

24 *octobre.* — Pas d'amélioration ; le poids a diminué de 1 kg. depuis 6 mois (10 kg. 500). — Verge : long. 3 cent. 5, circonférence 5 cent. Gland non complètement découvrable en raison d'adhérences latérales du prépuce. — Scrotum petit ; testicules égaux de la grosseur d'un haricot, situés à la racine des bourses.

9 *décembre.* — *Rougeole* normale accompagnée de bronchite peu intense et de *prolapsus rectal.* Aucune complication. L'évolution normale est terminée le 24 décembre. (*Fig.* 5.)

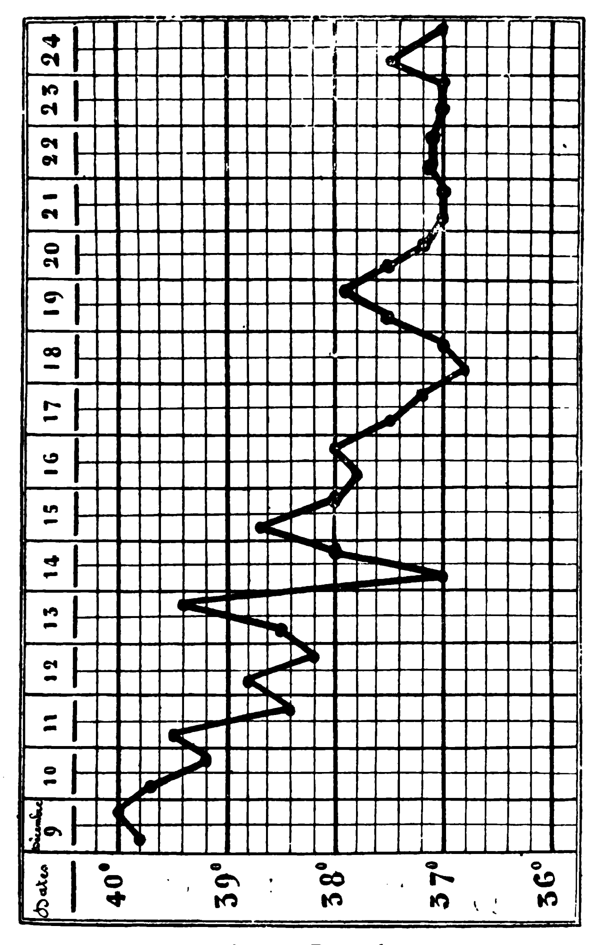


Fig. 5. — Rougeole.

1890. 1er *août.* — L'enfant commence à se tenir debout; ses accès semblent diminuer, mais les *vertiges* sont toujours nombreux; son poids est remonté à 11 kg. 100. Pas de modi-

fications des organes génitaux. Traitement habituel et élixir polybromuré.

29 *septembre*. — Teigne. L'enfant est envoyé à l'isolement où il est soigné par le sublimé et la potasse caustique. La teigne ne disparaîtra qu'en janvier 1893.

1891. — L'enfant est toujours au pavillon de l'isolement pour sa teigne. Les *accès complets* sont peu nombreux et il est des mois où on n'en note aucun ; mais les vertiges persistent variant de 100 à 400. On supprime l'élixir polybromuré pour le remplacer par des *capsules de bromure de camphre* du Dr Clin ainsi administrées :

2	capsules	pendant la	1re	semaine.
3	—	—	2e	—
4	—	—	3e	—
5	—	—	4e	—
	Repos	pendant la	5e	—

1892. *Janvier*. — Les vertiges ont diminué de moitié environ depuis le traitement par le *bromure de camphre* qui est maintenu. L'état général reste très précaire ; le poids oscille aux environs de 10 kg. Le malade a eu au pied gauche une lymphangite et de l'œdème déterminés par des engelures. Le tout a rapidement disparu sous l'influence de pansements antiseptiques.

3 *juin*. — L'enfant dépérit sensiblement. La température se maintient aux environs de 36° (M. : 36°, 1 ; S. : 36°, 4). Aucun trouble respiratoire, pas de diarrhée, pas de vomissements ; pourtant le ventre est légèrement météorisé et présente quelques varicosités. On prescrit : sirop d'éther, huile de foie de morue, inhalations d'oxygène.

15 *juin*. — Poids : 10,500. L'enfant qui, depuis 2 jours prend de la poudre de viande, présente de la *diarrhée*. T.R. 35°,6 le matin, 34°,8 le soir. — Suppression de la poudre de viande ; sous nitrate de bismuth. — La diarrhée cesse le 18 juin. Poids : 10 kg.

La poudre de viande reprise le 19 juin détermine une nouvelle diarrhée 3 jours après ; le ventre est ballonné : T.R. 37° ; Pouls 82 ; urines non albumineuses réduisant la liqueur cupropotassique. — Tous ces symptômes disparaissant le 24 juin. L'enfant pèse 10 kg. Aucun incident ne signale la fin de l'année 1892. Pas de nouvelle poussée diarrhéique ; l'état général se rétablit très lentement. Le poids subit les variations suivantes :

1 juillet	10 kg.
7 juillet......................	10 180
17 juillet	10 kg.
12 août	10 500
22 août	9 500
1 septembre	9 300
13 septembre	9 950
23 septembre	10 kg.
3 octobre	10 350
18 octobre	10 700
7 novembre	11 kg.
28 novembre	11 600

1893. *Janvier.* — L'enfant, guéri de la teigne, quitte le pavillon d'isolement pour retourner aux gâteux. Son état général est satisfaisant. Il est à remarquer que pendant toute la période de déchéance qui vient de s'écouler, les accidents convulsifs ont à peu près totalement disparu (1). Du mois de janvier au mois de décembre 1892, on relève seulement 2 vertiges en janvier, 1 accès et 103 vertiges en avril et 8 vertiges en octobre. En décembre 1892, les vertiges reparaissent au nombre de 15; en janvier 1893, ils atteignent 77; en février, 233. Le traitement par les capsules de bromure de camphre est repris dans les conditions sus-indiquées.

1894. *Janvier.* — Verge : longueur 5 cent., circonf. 6 cent. Prépuce long; testicules de la grosseur d'un œuf de merle, situés au niveau de l'anneau inguinal. Anus normal.

Juin. — L'enfant a pris régulièrement de 1 à 5 capsules de bromure de camphre ; les vertiges ont diminué, mais restent encore nombreux. On modifie le traitement : *bromure de camphre* par doses croissantes de 1 à 6 capsules par jour; élixir polybromuré une demi-cuillerée à soupe, puis une cuillerée par jour.

1895. 25 *juillet.* — L'état général se maintient satisfaisant; le nombre des vertiges a diminué, mais celui des accès a augmenté et atteint en moyenne de 8 à 10 par mois. Le traitement est réglé de la façon suivante :

1re	semaine	6	caps. de Br. de camphre	et	1	cuil. d'élixir.
2e	—	7	—	—	2	—
3e	—	6	—	—	2	—

(1) Durant ce temps l'enfant a continué son traitement par les capsules de bromure de camphre du Dr Clin.

4e semaine 4 caps. de Br. de camphre et 1 cuil. d'élixir.
5e — 2 — — 1 —
6e — suspension du traitement.

Etat de mal. Le 6 *novembre*, le malade, qui n'avait présenté les jours précédents aucun symptôme inquiétant, a six grands accès dans la journée. Entre les accès, l'état général était normal. Le soir, vers 10 heures, les accès réapparaissent et se succèdent à de courts intervalles ; l'enfant ne reprend plus connaissance entre les accès et tombe en *état de mal*. A 6 heures du matin, le chiffre des accès atteint 45. L'enfant est transporté à l'infirmerie. La perte de connaissance est absolue, les membres inférieurs sont flasques et les membres supérieurs contracturés. T.R. 39°,8. Le poumon droit est le siège d'une congestion intense occupant les deux tiers de sa hauteur. (Matité, soufle tubaire (?), râles fins). On prescrit, outre les lotions vinaigrées, des ventouses, des sinapismes, des bains sinapisés et 25 gr. d'eau-de-vie allemande.

7 *novembre*. — La perte de connaissance persiste, les conjonctives oculaires sont injectées dans leur moitié inférieure, la mâchoire et les lèvres sont légèrement contracturées, les quatre membres sont flasques; *raies méningitiques* très nettes sur le ventre et les membres. Pendant l'examen le malade est pris d'un accès : pas de cri initial, mais un bruit pharyngien rauque ; la tête est fortement rectiligne, le cou tendu, la bouche ouverte, les paupières demi-écartées, les globes oculaires déviés un peu en bas et à gauche, les pupilles égales. Les 4 membres sont raides, les bras collés au tronc, les avant-bras fléchis, les mains en pronation et fléchies sur les avant-bras, le pouce droit collé sur la paume de la main et le pouce gauche fléchi sur les autres doigts. A cette phase succèdent des *secousses tétaniformes* qui semblent un peu plus prononcées au bras droit et surtout au côté droit de la face. Enfin les *convulsions cloniques* terminales paraissent égales des deux côtés. Pas de bave ni de ronflement.

A 8 heures du soir, le malade a eu 40 accès depuis 6 heures du matin, c'est-à-dire 85 en 24 heures. La température s'élève progressivement et atteint 40° après le dernier accès. La T.R. prise entre deux accès, a été trouvée à 39°,7.

8 *novembre*. — 32 accès dans la nuit dernière, de 8 h. du soir à 6 heures du matin. La T. R. a atteint 41°,1 après le dernier accès; prise dans une période de calme, cette T. R. n'est plus qu'à 40°,7. Le malade n'a pas repris connaissance ; la congestion pulmonaire a gagné la base du poumon gauche; le poumon droit ne se dégage pas. — *Mort* **à 3 heures de l'après**

midi. Depuis 6 heures du matin le malade avait eu 25 accès, et la T. R., prise après les accès avait progressivement atteint 42°. (*Fig.* 6).

Température après décès.

	T. R. Du corps.	T. R. De la chambre.
Température aussitôt la mort......	42°	16°
— 1/4 d'heure après.....	41°5	16°
— 1 heure après.........	40°	16°
— 2 heures après	39°8	15°
— 3 heures après	36°	15°
— 6 heures après	35°	15°
— 9 heures après	24°	15°
— 12 heures après	20°	15°
— 15 heures après	15°	15°
— 18 heures après	15°	15°

Tableau des accès durant l'état de mal.

7 novembre.	Nuit du 6 au 7 (1)..........	45	85
	Journée du 7	40	
8 novembre.	Nuit du 7 au 8	32	57
	Journée du 8 (2)...........	25	

Mesures de la tête.

	1888	1889	1891	1892	1893	1894	1895	
	Octobre.	Janvier.	Juillet.	Juillet.	Juillet.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Circonférence horizontale maxima.	47	48	48.5	48.5	48.5	48.5	49	49
Demi-circonférence bi-auriculaire..	33	33	33	33	33	33	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez....	33.5	36	34	35	35	35	36	36
Diamètre antéro-postérieur max...	15.5	16.2	16	16.4	16.5	16.5	16.5	16.5
— bi-auriculaire...........	10.5	10.5	10.5	10.5	10.6	11.5	11.5	11.5
— bi-pariétal...............	13.9	13.9	14	14	14	14	14.5	14.5
— bi-temporal.............	«							
Hauteur médiane du front	5	5	5	5	5	6	6	6

(1) L'état de mal a débuté le 6 à 10 heures du soir.
(2) La mort est survenue le 8 à 3 heures de l'après-midi.

Tableau des accès.

MOIS	1889		1890		1891		1892		1893		1894		1895	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier..........	2	34	49	»	»	382	»	2	»	77	»	195	2	77
Février..........	1	69	»	266	»	408	»	»	»	233	»	141	9	49
Mars............	9	173	»	162	»	373	»	»	»	188	»	110	9	198
Avril............	4	133	15	45	»	372	1	103	»	98	»	125	»	107
Mai..............	10	»	»	10	»	386	»	»	»	120	»	115	8	92
Juin.............	60	»	»	41	»	367	»	»	»	132	»	131	6	10
Juillet...........	86	4	»	13	8	376	»	»	1	161	1	»	10	»
Août............	39	13	»	65	2	377	»	»	1	98	2	»	9	»
Septembre......	3	226	»	64	»	99	»	»	1	201	9	14		
Octobre.........	»	218	»	378	»	109	»	8	»	180	»	»		
Novembre.......	»	76	»	389	»	106	»	»	1	150	5	117		
Décembre.......	»	»	»	445	»	90	»	15	»	145	»	74		
TOTAL.....	214	946	64	1.878	10	3.445	1	128	4	1.783	17	1.022	53	533

Tableau du poids et de la taille.

	1888		1889		1890		1891	
		Oct.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids		11.500	11.500	10 k.	10.900	11 k.	11.500	11.500
Taille		0.84	0.84	0.84	0.84	0.84	0.84	0.84
	1892		1893		1894		1895	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	10.500	10.800	10 k.	11.600	19 k.	19 k.	19 k.	18 k.
Taille	0.88	0.88	0.96	0.99	1.05	1.05	1.05	1.05

Autopsie. *Tête*. — *Cuir chevelu* assez épais. — *Os du crâne* durs, d'une épaisseur variant de 3 à 5^{mm}. — Le *frontal droit* est déprimé ainsi que la *moitié droite* de l'occipital, tandis que le *frontal gauche* et la moitié *gauche* de l'occipital sont saillants, arrondis. La *bosse pariétale gauche* est plus volumineuse que la droite. En somme la moitié gauche de la voûte est plus ample que la droite. Les *sutures*, dentelées, sont partout très distinctes. Il y a plusieurs *os wormiens* sur la suture pariéto-occipitale gauche. — *Dure-mère* un peu épaissie : un paquet d'adhérences sous forme d'un cordon de 2 à 3 millim. de diamètre situé sur le bord antérieur de la cavité sphénoïdale gauche, à un centim. des nerfs optiques. — Sur le bord opposé de cette même cavité, quelques adhérences occupant une ligne de 1 à 2 centimètres. Quelques adhérences du côté droit. — Les *sinus* de la dure-mère sont à peu près vides, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans l'état de mal. — Les différentes saillies et cavités de la base paraissent symétriques ; l'apophyse crista-galli mesure 13 millim. de longueur et 6 millim. d'épaisseur. Le trou occipital n'est pas rétréci.

La *pie-mère*, finement vascularisée sur toute la base, l'est un peu plus sur la convexité ; cette vascularisation atteint un degré assez prononcé sur les circonvolutions qui bordent la scissure interhémisphérique. Pas d'ecchymoses. — La *glande pituitaire*, peu épaisse, est allongée transversalement ; sa substance est molle. — Les différentes parties de la base

du cerveau (n. optiques, n. olfactifs, chiasma, etc.) sont égales et symétriques. — Les *tubercules mamillaires* sont très petits (3 à 4 miilim. au plus). — Les *pédoncules cérébraux*, la *protubérance* et le *bulbe* ne présentent rien de particulier.

Poids total de l'*Encéphale*	1.220 gr.
Hémisphère cérébral droit	545 gr.
Hémisphère cérébral gauche	536 gr.
Cervelet	110 gr.
Bulbe et protubérance	30 gr.

Hémisphère cérébral gauche. — La décortication est très difficile ; les circonvolutions sont accolées les unes contre les autres ; l'accolement existe surtout au niveau des lèvres des sillons, tandis que, dans le fond des sillons, la pie-mère s'enlève assez facilement. La pie-mère n'est pas notablement épaissie. Presque sur toute la surface de l'hémisphère on enlève des fragments de substance grise. — La *corne d'Ammon*, la *couche optique*, le *corps strié* ne présentent rien de notable.

Hémisphère droit. — Mêmes lésions.

Cou et *thorax*. — *Corps thyroïde* : 10 grammes, petit, normal ainsi que le *cœur* : 110 gr., Pas de persistance du trou de Botal. — *Poumon droit*, 275 gr. Congestion intense occupant le lobe inférieur et environ le tiers du lobe moyen. — *Poumon gauche*, 205 gr., congestionné à un degré moindre, au niveau du lobe inférieur.

Abdomen. — *Foie* : 640 gr., légèrement congestionné. — *Rate* : 80 gr., normale. — *Rein droit* : 60 gr. ; — gauche : 65 gr. Pas de calculs rénaux. — *Pancréas* : 35 gr., normal. — Pas d'*ecchymoses* sur les viscères thoraciques ou abdominaux.

Réflexions. — I. Rien de significatif à noter au point de vue de l'*hérédité*.

II. Durant la grossesse, *émotion* sans phénoménes sérieux et, à la *naissance*, asphyxie tout à fait passagère.

III. Ni les antécédents familiaux, ni les accidents des périodes fœtale et obstétricale, ne pouvaient être

considérés comme devant faire craindre des accidents nerveux graves. Cependant, dès le premier mois et jusqu'à 4 mois et demi, l'enfant a eu des *convulsions*, dites *internes*, qui ont été elles-mêmes suivies d'*accès* puis de *vertiges épileptiques*.

IV. Ici, l'*idiotie* et l'*épilepsie* paraissent concomit-

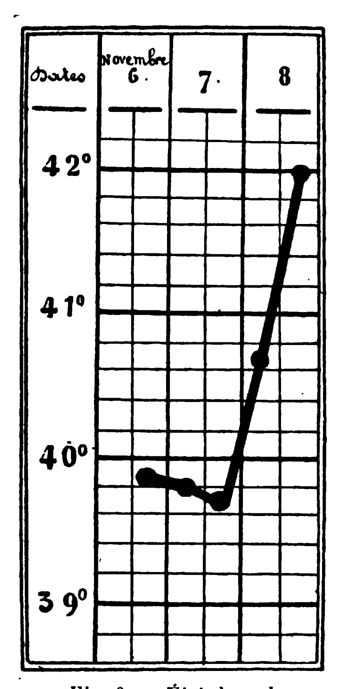


Fig. 6. — *État de mal.*

tantes et reconnaître la même origine. Il ne faut pas confondre ce double état pathologique avec l'*épilepsie* compliquée de *démence*.

V. Citons, comme maladies *intercurrentes*, une *conjonctivite*, une *bronchite*, une *chute du rectum*,

ne *entérite chronique* et la *rougeole*. Nous avons onné le tracé thermométrique de cette dernière ıaladie qui est à comparer avec ceux qui accomagnent la relation d'une *épidémie de rougeole* que ous avons publiée en 1881 avec notre ami le Dr ionnaire (1).

VI. Chez Sch... l'épilepsie se présentait sous ɔrme d'*accès* et de *vertiges*. Sous l'influence d'un remier traitement par les capsules de *bromure de amphre*, nous avons vu les vertiges diminuer puis isparaître complètement. Le médicament ayant été uspendu, les vertiges se reproduisirent (1893-1894), ıais beaucoup moins nombreux. Un second traiteıent ne détermina qu'une cessation momentanée du etit mal.

VII. L'*état de mal*, qui a occasionné la mort de enfant, s'est borné à la *période convulsive*. En 41 eures, il a eu 142 accès. Ils ont revêtu le caractère ubintrant et, peu après le début, le coma a été absolu. ın même temps, selon la règle, la température cenrale s'est élevée à 42°. Notons en passant que deux ɔis, entre les accès, on a noté un léger abaissement e la température, ce qui prouve une fois de plus que, ɔus l'action de l'accès épileptique, la température élève. *(Fig. 6)*.

ɜs. II. — **Epilepsie idiopathique; accès sériels; — état de mal; mort; élévation considérable de la température.**

ɪMMAIRE. — *Père, grand fumeur, alcoolique, syphilitique.. — Grands-pères paternel et maternel très-violents.* —

(1) *Compte-rendu du service pour* 1881, p. 95-169. Nous nous permettrons ppeler sur ce travail l'attention des médecins qui auront l'occasion de ɔcuper de la même question. Il contient 15 tracés.

Tante et cousine paternelles aliénées. — Oncle buveur. — Cousin idiot. — Grand'tante paternelle cancéreuse. — Conception dans l'ivresse. — Traumatismes abdominaux répétés et ennuis pendant la grossesse. — Pas de convulsions dans le jeune âge. — Début de l'épilepsie à 13 ans. — Excès de boisson à 14 ans. — Caractère violent. — Déchéance. — Plusieurs séries d'accès. — Mort en état de mal épileptique avec accidents pseudo-méningitiques.
AUTOPSIE. — *Congestion de la pie-mère. Pas de méningite.*

Debie..., (Georges), né à Paris, le 29 septembre 1879, est entré à Bicêtre le 13 juillet 1893 et est mort le 20 février 1896.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère* le 10 août 1893). — PÈRE, 43 ans, bijoutier, n'a jamais eu ni convulsions ni migraines. Il a eu la *syphilis* deux ans avant son mariage. Il est *alcoolique,* boit beaucoup d'absinthe. Il fume considérablement (10 cigares par jour). Il est débauché, a un caractère violent, frappe sa femme et ses enfants. [*Famille du père.* — Son *père* s'est suicidé à 71 ans à la suite de mauvaises affaires. Il buvait beaucoup et était très violent. La *mère,* âgée de 72 ans, est toujours souffrante et garde le lit on ne sait pour quelle maladie : elle est aussi emportée et violente. — Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels.* — Une *tante maternelle,* morte à 74 ans d'un *cancer de l'utérus.* — Une *sœur,* 50 ans, très violente, a eu une fille morte *folle* à 24 ans ; — un autre de ses fils « a l'air d'un *idiot.* » — Une autre *sœur* de 47 ans est aussi violente. — Un *frère* de 46 ans, buveur, emporté, a des enfants bien portants. — Une autre *sœur,* de 45 ans, est en bonne santé. — Une *sœur* jumelle (du père de l'enfant) est bien portante ; c'est la moins violente de la famille. — Une dernière *sœur* est morte aliénée à 38 ans. — Dans le reste de la famille il n'y a pas d'autres idiots, aliénés ou suicidés à signaler. — Toutes les sœurs du père — tantes paternelles de l'enfant — ont eu une mauvaise conduite avant leur mariage.]

MÈRE, 44 ans, ménagère, d'un caractère calme ; pas de convulsions ; fièvre typhoïde en 1870. Fréquentes migraines, surtout au moment des règles. Elle a quitté son mari il y a 3 ans à cause de son inconduite et de ses mauvais traitements. — [*Famille de la mère.* — Son *père,* décédé à 67 ans d'une maladie du cœur, était violent, mais ne buvait pas. — Sa *mère,* vigoureuse, est morte en couches à 33 ans. — *Grand-père paternel,* en bonne santé. — *Grand-père mater-*

nel, très-violent. — Pas de renseignements sur les *grands mères*. — *Frère* mort à 42 ans, *tuberculeux ;* — second *frère* de 32 ans, grand *buveur* et débauché ; — une *sœur*, morte à 14 ans, cardiaque. — Rien à signaler dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 9 mois (père plus jeune).

7 *enfants :* 1° garçon, mort-né ; — 2° garçon, mort-né ; — 3° un garçon de 19 ans, caractère très-violent, atteint d'une arthrite du genou droit ; il présente des lésions de *syphilis héréditaire oculaire* reconnues par le Dr Trousseau. — Très faible de santé. A eu des *convulsions* à 11 mois, ne boit pas mais est très violent. — 4° Un garçon de 17 ans, bien portant, doux de caractère. — 5° Notre malade. — 6° Un garçon de 11 ans, très intelligent, mais bizarre de caractère ; — 7° un garçon mort du croup à 4 ans.

Notre malade. — *Conception* dans l'ivresse *alcoolique*, mauvaise entente entre les conjoints. — *Grossesse* accidentée par des *émotions* dues aux coups de pied violents que son mari lui donnait dans le ventre. — *Accouchement* naturel, à terme, sans chloroforme, en deux heures. Pas d'asphyxie *à la naissance*. — Allaité par sa mère jusqu'à 8 mois, puis sevré et nourri au *lait de chèvre*. — Première dent à deux mois. — A parlé à 17 mois ; a marché à 20 mois. — *N'a jamais eu de convulsions.*

L'enfant aurait eu la *variole* à trois semaines et fut *vacciné* à la même époque. — *Rougeole* à 6 semaines. Debie... a un caractère colère ; assez affectueux pour sa mère, il l'est peu pour son père et ses frères qu'il insulte. Il a fait plusieurs *fugues* de chez lui pendant 4 à 5 heures. Il se bat avec les autres enfants. — Il était très-intelligent, assure-t-on, avant le *début de l'épilepsie* à l'âge de 13 ans (novembre 1892). La mère attribue la maladie convulsive aux mauvais traitements du père, car, répète-t-elle, il n'y a pas eu d'épileptiques dans la famille. — Debie... a eu trois accès en novembre et décembre, rien en janvier 1893, trois accès en février. A cette époque, elle se rendit à la consultation de la Salpêtrière où l'on prescrivit dn bromure et des douches. Debie... alla vivre les trois mois suivants avec son père qui lui fit boire de tout. Quand il revint chez sa mère, en juin 1893, parce que son père le frappait, aux accès s'étaient ajoutés des *vertiges*. — Il avait des accès presque tous les jours. Le *premier accès* eût

lieu la nuit. La mère fut réveillée par un ronflement. Elle trouva l'enfant livide, inerte, le nez pincé ; il ne se réveilla pas, et le lendemain il se plaignait seulement de lourdeur de la tête. Il eùt ensuite plusieurs accès sur la voie publique. — Il s'arrête, tombe sans pousser un cri, ne se débat pas, il reste dans un état comateux pendant 10 minutes et, quand il reprend ses sens, il croit avoir dormi.

Depuis le mois de juin, il a deux ou trois accès par semaine. En outre il est souvent pris de *vertiges* : il regarde fixement, respire bruyamment, devient très rouge puis très-pâle. Après les vertiges, il se met à chanter et à siffler. Après les accès, *il reste abruti pendant cinq heures*, mais il n'est jamais paralysé.

Etat actuel. — 1er *septembre* 1891. — L'enfant présente un état général satisfaisant. Les cheveux forment un épi sur la bosse pariétale gauche. Le *crâne* est bien conformé, les bosses frontales ne font pas saillie. Le *front* est assez élevé, les arcades sourcilières ne sont pas proéminentes, elles sont recouvertes de sourcils noirs, abondants. Les *yeux* sont mobiles ; la réaction des pupilles à la lumière est diminuée. — *Bouche* symétrique, lèvres épaisses, non saillantes. — Voûte palatine régulière. — Menton assez pointu. — *Oreilles* moyennes, assez écartées.

Cou assez long, circonférence 32 centimètres. *Thorax* bien couformé ainsi que l'*abdomen*. *Organes génitaux* : rien de particuiier. — *Sensibilité* normale. Les *membres* supérieurs et inférieurs sont normaux.

Intelligence. — L'enfant comprend lentement ce qu'on lui demande ; il répond souvent par un rire niais ; il lit couramment, mais la prononciation est quelquefois difficile. Il fait des dictées sans trop de fautes, connait les quatre règles, la mémoire est assez bonne. Sa tenue et sa conduite sont convenables. Tout indique qu'il a perdu de ses connaissances scolaires depuis le début de sa maladle. Il a été placé comme apprenti dans trois maisons mais n'a pu être gardé à cause de sa maladie.

Décembre. — Affaiblissement intellectuel attribué à des vertiges — non notés sur le tableau — et que l'instituteur signale dans ses notes de fin d'année : deux pendant chaque classe, en moyenne. Il ne sait plus ses quatres règles. Son écriture est moins bonne ; il copie encore les modèles. La mémoire a baissé : il ne retrouve pas sa place au dortoir et au réfectoire. Il est devenu glouton et mange moins proprement.

Température des 6 premiers jours de l'entrée.

	Matin.	Soir.
13 juillet	—	37°,1
14 —	37°	37°,3
15 —	37°	37°,1
16 —	37°,1	37°,3
17 —	27°	37°,2
18 —	37°,1	37°,3

Température pendant 2 accès.

	1895 10 novembre.	15 décembre.
Au moment du ronflement	37°,2	37°,4
1/4 d'heure après l'accès	37°,5	37°,4
2 heures après l'accès	37°,7	37°,6

Tableau des vertiges et des accès.

MOIS	1893		1894		1895		1896	
	A.	V.	A	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	17	1	15	»	2	»
Février	—	—	22	»	5	»	114	»
Mars	—	—	25	»	10	»		
Avril	—	—	12	5	40	»		
Mai	—	—	9	13	25	»		
Juin	—	—	14	»	39	»		
Juillet	2	»	12	»	25	»		
Août	8	»	15	»	32	»		
Septembre	14	»	19	»	16	»		
Octobre	7	»	24	»	26	»		
Novembre	10	»	14	»	66	»		
Décembre	12	»	9	»	170	»		
TOTAUX	53	»	192	19	469	»	116	»

1894. *Avril.* — La déchéance continue. Physionomie sombre. .pathie physique. Il ne cause pas avec ses camarades. La arole est tremblottante, il fait un effort pour commencer. n note un léger frémissement de la pointe de la langue. Les upilles, dilatées, sont égales. — Il paraît que, après ses

accès, Deb... ne revient à lui qu'au bout d'une demi heure, quelquefois une heure. Il n'est pas gâteux. Il faut maintenant l'aider à s'habiller.

Traitement : On continue l'élixir polybromuré et les douches.

Juin. — A l'école, il fait quelques copies ; n'a plus d'initiative personnelle, ne comprend plus. Il est poli, tranquille.

1895. *Janvier.* — Deb..., qui a eu 192 accès en 1894, continue à décheoir. Il a maigri beaucoup, est devenu gâteux, ne sait plus manger, ni s'habiller seul.

Juillet. — *Démence* progressive, allant de pair avec l'accroissement des accès. Physionomie hébétée, pupilles égales, marche titubante, parole nulle, bave constante.

7 novembre. — D... qui avait eu une centaine d'accès en avril, mai et juin, n'en a eu que 74 en août, septembre et octobre. Aussi, durant cette dernière période, son état général s'était-il un peu relevé : il reconnaissait ses parents et les personnes du service, répondait aux questions. La nuit dernière, il a eu 17 accès. A partir de là, les accès ont eu la marche suivante :

	Accès.	
8 *novembre*	7	La température est restée aux environs de 37°, 5 pendant cette période.
9 —	9	
10 —	7	
11 —	»	
12 —	»	

Durant ces *séries* d'accès, l'enfant s'est davantage abaissé. L'amélioration relative observée précédemment a disparu.

22 décembre. — Deb... a eu 11 accès dans la nuit et 6 dans la journée. Nous assistons à des accidents analogues à ceux qui ont été observés au commencement de novembre.

	Accès.		Matin.	Soir.
23 *décembre*	14	....	37°,4	37°,5
24 —	9	....	36°,8	36°,1
25 —	9	....	37°,4	37°,2
26 —	12	....	37°	36°,8
27 —	29	....	36°,8	37°
28 —	75	....	37°,2	37°,4
29 —	20	....	36°,3	37°,4
30 —	1	....	36°,1	36°
31 —	»	....	36°,4	36°,6

1896. *Janvier.* — Pendant ce mois, il n'y a eu que deux accès. Du 1er au 10 la T.R. a oscillé entre 37°,2 et 37°,4. —

L'enfant, très affaibli, reste le plus souvent alité. — Pupilles égales. Un peu de frémissement de la parole. Pas de tremblement de la langue. Réponses difficiles, incohérentes ; D... ne sait plus ni la date de sa naissance, ni la date du jour. Léger tremblement des mains.

Puberté. — La face et le tronc sont glabres ; quelques poils au pénil. Verge : longueur, 8 cent. et demi, circonférence, [illegible] cent. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle. Quelques poils à l'anus.

Mesures de la tête.	1893	1894		1895		1896	
	Juill.	Janv.	Juill	Janv.	Juill.	Janv.	Févr.
Circonférence horizontale maxima	53.5	53.5	53.5	53.5	53.5	54	54
Demi-circonférence bi-auriculaire	35	35	35	35	35	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	39	39	39	39	39	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	19	19	19	19	19	19.5	19.5
— bi-auriculaire	12.6	12.6	12.6	12.6	12.6	12	12
— bi-pariétal	14	14	14.2	14.2	14.2	14.5	14.5
— bi-temporal	12	12	12	12	12	12	12
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6	6	6

Tableau du poids et de la taille.

POIDS ET TAILLE.	1893	1894	1895	
	Juill.	Juill.	Juill.	Déc.
Poids	40 k.	42.100	42.500	34.700
Taille	1m 385	1m 40	1m 39	1m 47

15 *février.* — Après la rémission de janvier, nous assistons à un retour des accès : 5 le 13 et le 14, 27 le 15.

Etat de mal. — Dans la nuit du 15 au 16 *février,* l'enfant est pris d'une série d'accès convulsifs (26) avec stertor et miction involontaire. Dans la journée du 16, 30 accès. T. R. 37°,3 le matin et 37° 1 le soir.

17 *février*. — Dans la nuit 18 accès; dans la journée 30 accès. — *Matin* : T. R. 37°, 9. — *Soir* : T. R. 38°, 3.

18 *février*. — Dans la nuit, 11 accès; dans le jour, pas d'accès, mais la température, qui était le matin à 38°, 3, s'élève

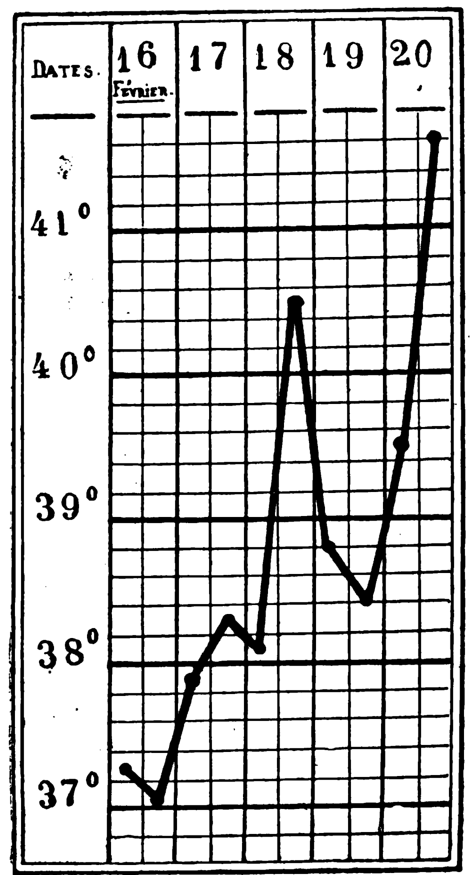


Fig. 7. — État de mal de Deb... La dernière notation thermométrique a été prise pendant la vie. Après la mort la T. s'est élevée à 42°....

le soir à 40°, 5. L'enfant est très pâle, très abattu, inconscient, il est couché en chien de fusil, le ventre déprimé en bateau. Les pupilles sont inégales.

19 *février*. — Pas d'accès. Abattement de plus en plus mar-

qué. Interpellé vivement, il semble regarder mais ne répond pas. Pupille droite très dilatée. Face maigre, tournée à gauche. Trisus. Narines sèches. Conjonctives oculaires injectées. Pas de contractures des membres, sauf à l'épaule gauche. *Matin* P. 120; R. 25; T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°, 4.

20 *fév.* — L'enfant est dans le coma. Regard sans expression; aucune excitation ne produit même un semblant de retour à la connaissance, Pupilles un peu dilatées, la gauche plus que la droite. Face amaigrie tournée à gauche. Traits tirés. Contracture des mâchoires. Pas de roideur du cou. Un peu de roideur de l'épaule gauche et des genoux. Langue chargée, humide; ventre creux. Pas d'accès hier et aujourd'hui. Pouls irrégulier, une pulsation forte est suivie de 2 ou 3 pulsations très faibles. Dyspnée croissante, mouvements respiratoires saccadés. T.R. 39°,5. — Les *phénomènes méningitiques* s'aggravent dans l'après-midi et l'enfant meurt, sans nouveaux accès, à 5 h. et demie avec une T. R. de 41°,6. — *Poids*: 29 kg. 800.

Tableau des accès durant l'état de mal.

16 février..	Nuit du 16 au 19............... Journée du 17.................	56
17 février ..	Nuit du 17 au 18............... Journée du 18.................	48
18 février ..	Nuit du 18 au 19............... Journée du 19.................	11
19 février ..	Nuit du 19 au 20............... Journée du 20.................	»

Température après décès.

	T. R. Du corps.	T. De la chambre.
Température aussitôt la mort.......	42°,5	12°
— 1/4 d'heure après......	40°	12°
— 1 heure après..........	39°,5	12°
— 2 heures après.........	38°	12°
— 3 heures après.........	37°	11°
— 6 heures après.........	28°	11°
— 9 heures après.........	20°	10°
— 15 heures après.........	15°	10°
— 18 heures après.........	10°	10°

Autopsie faite 41 heures après le décès. — *Tête*. Cuir chevelu mince, pâle dans sa moitié antérieure, un peu congestionné dans sa moitié postérieure. La *voûte du crâne* est profonde. — La *calotte cranienne* est allongée, lourde, épaisse sur toute sa coupe et notablement plus du côté droit que du côté gauche. Elle ne présente que de rares zones de transparence sur la ligne médiane le long de la suture sagittale au niveau de l'emplacement de la fontanelle et sur la partie médiane du frontal. A la face externe, la *suture coronale* est très contournée sauf à sa partie médiane où elle est en dents de souris, limitant un *os wormien* quadrilatère qui remplit l'emplacement de la fontanelle antérieure. Cet os wormien a 20 millimètres d'avant en arrière sur 18 millimètres de largeur; ses bords offrent des dentelures se rapprochant comme forme de celles des sutures voisines. Les deux tiers sont à gauche de la ligne médiane. La suture sagittale part du tiers droit de son bord supérieur. Elle est très sinueuse excepté sur un centimètre et demi de son parcours, à 2 centimètres et demi du lambda au niveau duquel elle a repris ses sinuosités. La *suture lambdoïde* est très sinueuse et symétrique. A la face interne, des sillons profonds marquent sur les pariétaux la trace des vaisseaux méningés. Les éminences mamillaires sont nombreuses et fortement accusées. Une gouttière large, à bords très mousses, existe à la partie moyenne du frontal. On note une dépression de 5 cm. de long sur 3 cm. de large qui lui fait suite au niveau de l'emplacement de la fontanelle antérieure. La gouttière située le long de la suture sagittale est assez étroite et à rebords plus saillants. Les sutures sur la face interne sont presque rectilignes. L'os wormien, décrit à la face externe, offre les mêmes dimensions; ses bords gardent les caractères des sutures voisines.

L'*aphophyse crista-galli* est moyennement développée. — La *glande pituitaire* a son aspect et son volume habituels. — Les *fosses* de la base sont normales et symétriques. Le *trou occipital* n'est pas rétréci. — *Liquide céphalo-rachidien* en petite quantité. — La *dure-mère* adhère fortement à la calotte le long des sutures. Ses *sinus* contiennent quelques caillots noirs et du sang fluide. — La *pie-mère* est finement vascularisée sur toute la face convexe et à la base. Quelques taches ecchymotiques sur les lobes temporaux. La décortication s'opère avec facilité, sauf au niveau de la face interne, dans le voisinage du corps calleux où elle est très adhérente. — Les *artères*, les *nerfs* de la base, les *tubercules mamillaires*, etc., sont symétriques.

Cerveau. — Les circonvolutions paraissent assez développées et les sillons assez profonds. Quelques-unes ont un aspect chagriné; çà et là on note des taches ayant une coloration chair de saumon.

Encéphale		1.367
Hémisphère cérébral droit		618
—	gauche	600
Hémisphère cérébelleux droit		63
—	gauche	66
Bulbe et protubérance		20

Hémisphère gauche. — Face externe. Le *lobe frontal* est nettement limité par la scissure de Sylvius et le sillon de Rolando de disposition absolument normale. Les trois circonvolutions frontales sont très larges et nettement séparées. Un pli de passage assez important relie F^1 à F^2 à son quart antérieur. F^2, très régulière et très contournée, va se joindre largement à FA. F^3 est coupée par une incisure très profonde au niveau du cap. Rien de particulier pour FA, divisée par une légère incisure au-dessus de son anastomose avec F^2.

Le *lobe pariétal* est formé de circonvolutions régulières, peu compliquées, coupées par de nombreuses incisures.

Lobe temporal. — T^1 est normale, de nombreux plis de passage relient T^2 à T^3 qui perd ainsi son autonomie au point de vue morphologique. Rien à noter au niveau du lobe occipital, ni de l'insula de Reil.

Face interne. — F^1 est divisée par de nombreuses et peu profondes incisures. Le *lobule paracentral*, très large, est incisé par la terminaison de son bord supérieur tout en arrière par le sillon de Rolando. L'*avant-coin* offre une vaste surface formée de trois petites circonvolutions parallèles, à concavité supérieure. Rien à noter au coin, au lobe *temporo-sphénoïdal*, à l'*hippocampe*, au *corps calleux*, ni à sa circonvolution, aux *ventricules*, aux *noyaux gris centraux*, et enfin aux *pédoncules cérébraux*.

Hémisphère droit. Face externe. Lobe frontal. — F^1, F^2 et F^3 ont une disposition régulière; vers la partie moyenne de F^2 et de F^3 existe un pli de passage. F^3 est incisée profondément au niveau du cap comme sur l'hémisphère gauche par une incisure qui, ici, est le prolongement du sillon préfrontal. FA est coupée en deux à son tiers supérieur; ses deux tiers inférieurs forment un crochet à concavité antérieure et in fé rieure, puis se bifurquent donnant deux plis de passage à F^1 et à F^2.

Lobe pariétal. — Rien de particulier. La disposition est analogue à celle de l'hémisphère gauche. Le *lobe temporal* est d'aspect normal. T_2 est un peu grêle. Rien à noter au niveau du lobule de l'insula ni du *lobe occipital*

Face interne. — F_1, le lobe paracentral, l'avant-coin, le lobe temporo-sphénoïdal, l'hippocampe, le corps calleux et sa circonvolution, le ventricule latéral, le trigone, les corps opto-striés, les pédoncules, etc., offrent une disposition analogue à celle du côté opposé.

Rien à noter au niveau du *cervelet* du *bulbe* et de la *protubérance.*

Cou et *thorax.* — *Glande thyroïde*, 10 gr. — Pas de thymus. — *Poumon* droit, 430 gr. — *Poumon* gauche, 500 gr. — Nombreuses adhérences du poumon droit. — Petite caverne au sommet de chaque poumon. — *Cœur* (200 gr.), *péricarde* rien, sauf de gros caillots fibrineux dans l'oreillette et le ventricule droits.

Abdomen. — *Estomac, rate* (60 gr.), *foie* (1035 gr.), *vésicule biliaire, pancréas* (30 gr.), rien à noter. — *Rein droit* (110 gr.), sain. — *Rein gauche* (105 gr.), présente deux petites capsules surrénales accessoires. — *Capsules surrénales* très indurées. — *Intestin grêle*, vide, sain. Le *cæcum* et le *côlon iliaque* renferment des matières dures. — *Appendice vermiculaire*, 9 cm. — *Vessie* et *péritoine*, rien.

Réflexions. — I. Les *antécédents héréditaires* de l'enfant, assez chargés, peuvent se résumer ainsi : *père* syphilitique, alcoolique, tabagique, débauché, violent ; — *grand-père paternel* buveur violent, suicidé ; — *grand'tante paternelle* cancéreuse ; — *tantes paternelles*, violentes, débauchées, l'une d'elles morte folle ; — *oncle paternel* buveur et emporté ; — *cousine germaine* aliénée ; — *cousin germain* idiot ; — *mère* migraineuse ; — *grand-père* et *arrière-grand-père maternels* violents ; — *oncle maternel* buveur ; — *frère* violent, convulsions de l'enfance.

II. Le père, avons-nous dit, avait contracté la *syphilis* deux années avant son mariage. Il était encore sous l'influence de cette maladie quand il s'est

marié. En effet, ses deux premiers enfants sont venus morts-nés et le troisième a des accidents oculaires dus à la syphilis héréditaire. Notre malade et deux frères, venus après lui, paraissent avoir été exempts de l'infection syphilitique. La syphilis héréditaire ne paraît pas exercer, d'ailleurs, un rôle important dans l'étiologie des différentes formes de l'idiotie, ou, si l'on préfère, des idioties. Le plus souvent, quand la syphilis est encore en puissance chez les conjoints, les produits de la conception sont expulsés avant terme ou à terme morts-nés. Plus tard, l'infection s'atténuant, les enfants survivent, — le troisième enfant, ici, en est la preuve, — offrant des manifestations diverses de la syphilis héréditaire, mais rarement des lésions cérébrales aboutissant à l'idiotie ou même à l'épilepsie. Chez notre malade, l'autopsie n'a décelé aucune lésion macroscopique de nature syphilitique.

III. L'enfant a été conçu dans l'*ivresse alcoolique* et alors que les père et mère étaient dans des conditions morales détestables. La *grossesse* a été accidentée par des scènes et des violences.

IV. Sous l'influence, peut-être, des mauvais traitements exercés sur lui par son père, l'enfant, jusque-là normal, assure-t-on, a été atteint d'*épilepsie* à 13 ans. Un an plus tard, à la suite d'*excès de boisson,* probablement, aux *accès*, devenus plus fréquents, se sont ajoutés des *vertiges*. Le caractère se modifie, l'enfant est irritable ; ses facultés intellectuelles diminuent.

V. Durant son séjour dans le service (juillet 1893-février 1896), nous assistons à une *déchéance progressive* : les accès sont de plus en plus fréquents; le retour de la connaissance n'a lieu que lentement;

Deb.. reste hébété, plus ou moins inconscient, durant plusieurs heures. Il s'affaiblit intellectuellement et physiquement.

A la fin de l'année 1895, surviennent des *accès sériels*

Il est sur la terre,
A pleurer d'ennui,
Des enfants sans
mère, Et privés d'appui

Fig. 8.

aggravant encore la situation physique et mentale qui s'était amendée durant une période où les accès avaient été moins nombreux.

Fig. 9.

V. Nous avons consigné plus haut (p. 140) le tableau des températures prises, selon la règle, pendant les cinq premiers jours de l'admission. Elles oscillent entre 37° et 37°, 3. Ces notations permettent de se rendre mieux compte de l'action de l'ictus épileptique sur la

température. Dans deux accès la température s'est élevée à 37°,7 et à 37°,6 (p. 140), ce qui confirme une fois de plus l'opinion émise par nous, à savoir l'*élévation de la température centrale* dans les accès d'épilepsie.

VII. L'*épilepsie*, chez Deb.., s'est compliquée de *démence*, empirant parallèlement à l'augmentation des accès. Peu à peu les connaissances scolaires se sont perdues jusqu'à devenir nulles. Son *écriture* qui était encore assez bonne à l'entrée, en 1893 (*fig.* 8), était devenue illisible à la fin de 1895 (*fig.* 9). Les *facultés intellectuelles* déclinent progressivement, la *mémoire* et la *parole* se perdent, la *volonté* est nulle, l'enfant ne reconnaît plus sa place ni au réfectoire, ni au dortoir, il mange avec gloutonnerie, malproprement, devient gâteux. Les mains tremblent, la marest titubante, Deb... bave, etc. A l'autopsie nous n'avons pas trouvé d'adhérences de la pie-mère — si ce n'est au niveau de la face interne et encore très limitées, suffisantes pour expliquer les symptômes cliniques. C'est ce qui arrive d'ailleurs dans un groupe de cas de *démence épileptique*, tandis que dans un autre groupe on trouve des *lésions de méningo-encéphalite* très prononcées, en étendue et en intensité (1).

VIII. Cette observation nous montre non seulement que la température s'élève pendant les accès, qu'elle n'augmente que médiocrement au cours des séries d'accès, mais qu'elle monte très haut dans l'*état de mal.* (*Fig.* 7, T. R. 42°,3 au moment de la mort). Le malade a succombé, non dans la période convulsive (115 accès en 48 heures) mais dans la *période méningitique.* Entre les deux périodes, ainsi que nous l'avons mon-

(1) Voir : Bourneville, d'Olier et E. Brissaud. — *Contribution à l'étude de la démence épileptique* (*Archives de Neurologie*, 1880, t 1, p. 212 (avec pl.).

tré naguère, il y a eu un abaissement de la température (38°, 4).

L'*état de mal* a offert également ses autres caractères habituels : accès subintrants, coma, altération des traits, amaigrissement, contractures variables, etc.

XI.

Épilepsie consécutive à une fièvre typhoïde ;

PAR BOURNEVILLE ET DARDEL.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boissons, rien dans le reste de sa famille. — Mère, rien de particulier. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans.*
Marche à un an. — Parole et propreté à 2 ans. — Fièvre typhoïde à 3 ans. — Convulsions deux mois après. — Début consécutif de l'épilepsie. — Description du malade à l'entrée (août 1896). — *Marche des accès. — Déchéance progressive. — Diarrhée ; mort.*
AUTOPSIE. — *Atrophie lobaire intéressant la plupart des circonvolutions, surtout les frontales et prédominant à gauche. — Inégalité croisée des hémisphères cérébraux et des hémisphères cérébelleux. — Dilatation du ventricule latéral gauche. — Thrombose des veines méningées.*

Pid... (Jules), né à Mesles (Pas-de-Calais) le 20 février 1885, est entré dans le service le 25 août 1896.

Antécédents. *(Renseignements fournis par une cousine maternelle et complétés par le père).* — PÈRE, 43 ans, palefrenier, bien portant; pas de convulsions dans l'enfance ; fièvre typhoïde à 38 ans ; caractère vif et emporté. Il boit un peu, prend de l'absinthe tous les jours, est rarement ivre. Fume peu. — [*Père*, en bonne santé, n'a jamais présenté d'accidents nerveux ni de migraines, ainsi que sa *mère*, qui est morte en couches. — Il en serait de même de ses oncles et tantes. — Rien de particulier chez les grands-parents. Le *grand-père paternel* est mort à 96 ans ; la *grand'mère paternelle*, à 83 ans. — Ni *frères* ni *sœurs*. — Dans le reste de la famille, ni bègues, ni sourds-muets, ni aliénés ou épileptiques, ni paralytiques ou apoplectiques, etc.].

Mère, couturière, caractère tranquille, pas de convulsions de l'enfance (?), ni de migraines; elle est morte à 36 ans, de la fièvre typhoïde. Le mari et la femme furent atteints presque en même temps, la femme la première. Trois enfants l'eurent également, dont notre malade. — [Ses *père* et *mère* vivent encore; ils n'auraient eu ni migraines, ni accidents nerveux. Il en serait de même de ses *oncles* et *tantes* et des *grands-parents*. — Deux *frères*, très forts et bien portants. Dans le reste de la famille, pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, etc.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (père plus âgé).

Six *enfants* : 1° garçon, 19 ans, domestique, en bonne santé; — 2° garçon, 18 ans, très fort, non nerveux; — 3° fille, 14 ans, pas nerveuse; — 4° garçon mort à 9 ans, de la *fièvre typhoïde;* 5° fille morte à 2 mois, de la *fièvre typhoïde;* — 6° notre malade. Aucun des frères et sœurs de l'enfant n'aurait eu de convulsions.

Notre malade. — La *conception* n'aurait pas eu lieu dans l'ivresse. Les parents se portaient bien. — *Grossesse*, bonne, pas d'idées noires, ni peur, ni envies, ni alcoolisme, ni traumatisme, etc. — *Accouchement* à terme très facile; pas de renseignements sur la présentation, ni sur les eaux — Pas d'asphyxie à *la naissance*. — Élevé au biberon, chez ses grands-parents. — L'enfant venait bien. Il parlait et marchait seul à deux ans. Il était âgé de trois ans lorsque la fièvre typhoïde sévit dans sa famille, emportant sa mère, un de ses frères et une de ses sœurs. Chez lui, la *fièvre typhoïde* dura six semaines; il aurait été gravement malade, aurait perdu connaissance pendant quelque temps. Mais nous manquons de détails sur les autres accidents nerveux qu'il a pu présenter. Deux mois après cette fièvre typhoïde, qui l'avait laissé très faible, il fut atteint subitement, pendant la nuit, d'un *accès convulsif* : il se mit à crier et fut pris de *convulsions généralisées*, avec écume à la bouche. L'accès dura dix minutes. — Trois jours après, il eut des nouvelles convulsions qui durèrent un quart d'heure. Il aurait eu ensuite au moins un accès par semaine, diurnes et nocturnes. Puis les accès sont devenus plus intenses et plus fréquents. Le maximum en 24 heures a été de cinq. — Il en avait, en moyenne, trois par semaine. Il n'est jamais resté une semaine sans crises. Au début de la crise, il crie, puis tombe. Les convulsions sont généralisées. La phase des convulsions toniques est très courte, les convulsions cloniques dominent. Autrefois, il écumait tou-

jours; aujourd'hui, il n'écume plus et ne se mord pas la langue. Il tombe quelquefois également sans cri initial. Jamais de paralysie après les accès.

Avant le début de l'épilepsie, il était intelligent, avait une bonne mémoire, parlait bien. — L'intelligence déclina peu à peu. Sous l'influence des accès, elle aurait diminué surtout depuis deux ans. Aujourd'hui, il ne dit plus rien, ne paraît plus rien comprendre. « Il ne me reconnait même pas », dit le père. — On essaya de lui faire suivre l'école, de 6 à 9 ans. Il n'apprit jamais rien. Il avait la manie d'aller embrasser l'instituteur pendant la classe. On dut le renvoyer.

Très irrégulier de caractère ; parfois très doux et affectueux, d'autrefois violent, colèreux, cherchant à griffer les personnes qui l'approchent. Il n'a cependant jamais eu de violents accès de colère. Deux fois, il lui est arrivé de se sauver et de quitter son père *en courant*, sans qu'il fût possible de l'arrêter. Il ne venait pas d'avoir un accès, mais il en eut un le lendemain. Pas d'autres actes d'automatisme. Il n'a jamais fait de chutes sur la tête et ne s'est jamais plaint de céphalalgie. Sommeil tranquille. — Pas d'onanisme.

État actuel. — Aspect général assez satisfaisant, pas de pâleur ni d'amaigrissement, mais l'expression de la physionomie est indifférente et peu intelligente. Il présente, sur la joue droite, deux longues cicatrices, stigmates de blessures qu'il se fit lors d'un de ses derniers accès.

Tête. — Le crâne offre un volume normal, les bosses frontales sont assez saillantes. Les bosses pariétales sont moyennement développées, la gauche l'est davantage. Fontanelles fermées. — Cheveux noirs, implantés d'une façon irrégulière, et hérissés sur le haut de la tête. Tourbillon déjeté à droite. — *Visage*, de forme arrondie. Arcades sourcilières asymétriques, la droite forme une saillie prononcée. — Les yeux jouissent de tous leurs mouvements normaux. Pas de strabisme ni de nystagmus. Fentes palpébrales, symétriques, garnies de cils longs et réguliers. Iris brun. Pupilles égales. L'accommodation à la lumière et à la distance se fait normalement. — Le *nez* est aplati et élargi à la base, mais sans déviation de la cloison ; lobule arrondi. — Les pommettes ne sont pas saillantes. — La *bouche* est régulière, les lèvres fines, à contours bien dessinés, les commissures marquées. On note une forme ogivale de la voûte palatine très accusée. — *Langue* normale ; amygdales grosses ; dents en mauvais état. Carie des premières grosses molaires. Les prémolaires et la canine supérieure gauche sont en voie d'évolution. — *Menton* arrondi,

— *Oreilles* peu écartées du crâne, régulières et symétriques.

Cou assez long. *Corps thyroïde* facile à sentir.

Thorax bien conformé. — L'examen du *cœur* et des *poumons* ne révèle rien de particulier. — *Abdomen*, arrondi, mais non globuleux, souple, sonorité normale. — *Foie* et *rate* non hypertrophiés. — Colonne vertébrale régulière.

Organes génitaux : Verge : longueur 6 cm. ; prépuce long, recouvrant le gland qu'on découvre facilement. Testicules dans les bourses, qui sont pendantes, le droit plus bas que le gauche, gros comme un haricot. Corps entièrement glabre, ainsi que la région anale.

Membres supérieurs bien conformés, jouissant de tous leurs mouvements; pas d'attitude spéciale, pas de craquements articulaires.

Membres inférieurs, normaux. Ni atrophie, ni paralysie. Le jeu des différentes articulations est aisé. Réflexes rotuliens normaux. Pid... marche bien, mais sa marche est lente et traînante. Lorsqu'il descend un escalier, il pose les deux pieds sur la même marche, avant de descendre la marche suivante. Il ne sait pas sauter et court à peine.

Il est difficile d'apprécier l'état de la *sensibilité* dans tous ses modes, en raison de l'état intellectuel de l'enfant. Il paraît tout à fait inintelligent, ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit *(Fig. 10)*.

L'expression de la physionomie est triste ; les sourcils sont continuellement froncés. La voix est sourde, faible. La *vue* est bonne. — Le *goût* existe car l'enfant se refuse à avaler ce qui est trop pimenté ou trop acide. — L'*ouïe* est très diminuée : il faut crier tout près des oreilles pour qu'il entende. Le *toucher* paraît normal. — Aucune notion scolaire, ne sait pas tenir un crayon. — Il semble s'attacher aux personnes qui s'occupent de lui. Pas de mauvais instincts. Il ne prononce guère que deux mots « ouiiii » et « non », qu'il dit en ânonnant. Il mange seul, mais assez salement, et lentement. Il gâte souvent la nuit, rarement le jour, Il a eu plusieurs fois des vomissements et de la diarrhée, accompagnés de pâleur de la face (indigestion). Il s'habille seul mais ne sait pas attacher ses chaussures. Du reste il n'a aucun souci de la propreté. On le voit continuellement ramasser des bouts de chiffons ou de papier, qu'il entasse dans ses poches ou porte à sa bouche et mâchonne. Il rit peu, sourit quelquefois, préfère se promener seul, ou va s'asseoir tranquillement à côté des infirmières. Il s'échappe parfois dans les jardins, cueille des fleurs, les rouges de préférence, en orne sa casquette,

ses vêtements et parait ravi de se voir si fleuri. Ni rire, ni cris, ni tics, ni grincements de dents ou cognements de tête. Le sommeil est bon.

Octobre. — Revacciné sans succès.



Fig. 10. — Pid... en août 1886 à 11 aus et demi.

Températures des cinq premiers jours de l'entrée.

	Matin.	*Soir.*
25 août 1896	—	37°,2
26 — —	37°	37°,1
27 — —	37°	37°,3
28 — —	37°,1	37°,1
29 — —	37°,2	37°,2

18 *octobre.* — *Description d'un* accès (note de l'infirmière).

— L'enfant, sans avertissement, tombe, tantôt à la renverse, tantôt sur l'un ou l'autre côté. — Rigidité générale. Paupières ouvertes, yeux fixes ; la face est contractée ; les paupières battent. Les bras sont fortement secoués, les doigts contractés sur la paume des mains. Les membres inférieurs sont également agités de mouvements violents et les pieds battent le sol. La face bleuit surtout autour des paupières et des lèvres. Le nez est pincé, les lèvres très-serrées. Morsure de la langue. Bave abondante. Pas d'évacuations involontaires.

1897. 15 *janvier*. Descend à l'infirmerie pour une *diarrhée* abondante. Celle-ci cesse vers le 20 janvier et l'enfant remonte à l'école le 10 février.

31 *mars*. Pid... descend de nouveau à l'infirmerie pour la *diarrhée*. Il a sensiblement maigri, et le soir a 39°, 1 de T. R. On note un *prolapsus du rectum*.

Le lendemain la T.R. oscille entre 37°, 1 et 38°, 3 ; le 3 avril entre 38°, 1 et 38°, 5. Le 4 *avril* elle monte le matin à 39°, 1 et descend, le soir, à 38°.

	M.	S.		M.	S.
31 mars	31°,1	39°1	4 avril	38°,8	39°,1
1 avril	37°,1	38°,3	5 —	38°	37°,2
2 —	38°,8	38°,2	6 —	36°,6	37°
3 —	38°,2	38°,5	7 —	37°,6	37°

6 *avril*. — La diarrhée a cessé depuis deux jours et la température est descendue à 36°, 6. — L'amaigrissement a fait des progrès rapides ; les côtes sont saillantes ainsi que les apophyses épineuses. C... est dans un état voisin du collapsus. La tête est complètement déviée à gauche. Si on la déplace elle revient à sa position première. Il existe du myosis avec inégalité pupillaire : la pupille droite est plus dilatée. — Hier le malade a eu des vomissements bilieux et de fréquentes régurgitations. L'abdomen est rétracté, creusé en bateau. — Le pouls est très-faible. — L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit pathologique. — On trouve quelques râles à la base des deux poumons. — L'enfant, qui n'a eu aucun accès depuis le retour de la diarrhée, meurt à 4 heures du soir. — Depuis son entrée, le 25 août 1895 jusqu'au 31 décembre de la même année, P... a eu 53 accès et du 1er janvier au 31 mars 20 accès et 4 vertiges.

Température après décès.

	Corps.	Chambre.
Température aussitôt la mort	38°,5	14°
1/4 d'heure après	36°	13°

2 heures après	35°	12°
5 heures après	20°	12°
8 heures après	15°	12°
12 heures après	12°	12°
14 heures après	8°	12°

Tableau du Poids et de la Taille.

	1896 Janvier.	1897 Juillet.
Poids	23k. 300	23k. 300
Taille	1.26	1.26

Tableau des accès.

MOIS	1896		1897	
	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	10	»
Février	—	—	6	»
Mars	—	—	4	4
Avril	—	—		
Mai	—	—		
Juin	—	—		
Juillet	—	—		
Août	6	»		
Septembre	25	»		
Octobre	4	»		
Novembre	12	»		
Décembre	6	»		
Totaux	53	»	20	4

Autopsie faite 42 heures après le décès. — *Tête.* — *Cuir chevelu* très maigre. — *Crâne* dur à la coupe, assez épais,

surtout au niveau des frontaux et plus particulièrement du gauche. — Plagiocéphalie assez prononcée : frontal gauche déprimé, occipital droit saillant. Légère transparence des fosses occipitales supérieures, un peu plus à droite. Toutes les sutures sont très finement dentelées. Plusieurs os wormiens sur les sutures pariéto-occipitales. — Quelques adhérences de la *dure-mère*. L'une des veines méningées répondant à la partie moyenne du bord supérieur de la frontale gauche ascendante présente des caillots noirs, qui vont se continuer avec un caillot qui remplit le *sinus* longitudinal supérieur. Il en est de même d'une veine *nestre* méningée (moyenne) qui répond au sillon de Rolando, et cela, des deux côtés. — Presque toutes les veines de la *pie-mère*, sur la face convexe de l'hémisphère droit, sont dilatées par des caillots. Le sinus longitudinal, dans toute sa longueur, est rempli par un caillot noir. — La *base* paraît symétrique; toutefois la fosse temporale gauche semble un peu déprimée en avant. L'apophyse crista-galli est triangulaire et à bords mousses. — La *glande pituitaire* paraît avoir ses dimensions normales. — *Trou occipital* normal. — *Liquide céphalo-rachidien* en petite quantité. — Les *artères*, les *nerfs* de la base n'offrent rien de particulier. Un peu de congestion au niveau de la protubérance.

Hémisphère droit. — *Face convexe.* Ce qui frappe tout d'abord c'est l'arrêt de développement du *lobe frontal* (Pl. XIV, F^1, F^2, F^3) et surtout du *lobe occipital* (Pl. XIV, O^1, O^2, O^3, et PC.) et du *pli courbe* dont une partie des circonvolutions, très grêles, paraissent atteintes de *sclérose*, alors que les circonvolutions pariétales et temporales sont volumineuses. Signalons encore : 1° la rareté des plis de passage ; — 2° l'incisure qui coupe FA en deux parties ; — 3° le pli de passage qui unit FA à PA à leur extrémité supérieure, fermant ainsi, en haut, le sillon de Rolando.

Face interne. — Elle est remarquable par la simplicité des circonvolutions qui, toutes sont nettement distinctes (Pl. XV).

Hémisphère gauche. — *Face convexe.* Mêmes caractères des *lobes frontal, occipital, pariétal* et *temporal*. La comparaison des mêmes circonvolutions des faces convexes des deux hémisphères montre entre chacune d'elles de nombreuses dissemblances (Pl. XVI et XVII). Tandis qu'il existe une incissure sur la FA droite, c'est sur la PA gauche qu'on la retrouve ; à gauche, le sillon de Rolando (SR) est coupé en son milieu par un large pli de passage qui manque à droite.

Les *lobes pariétaux supérieur* et *inférieur* ne se ressemblent pas.

Face interne. — Aucune des circonvolutions de cette face, à gauche (Pl. XVII) ne ressemble à la circonvolution correspondante de la face interne de l'hémisphère droit (Pl. XV).

Ce sont les dissemblances multiples existant sur les faces convexes et internes des deux hémisphères qui nous ont décidé à les faire représenter. Les (Pl. XIV, XV, XVI et XVII), avec les légendes qui les accompagnent permettront au lecteur de les constater et nous dispensent d'une description trop minutieuse.

Cou et thorax. — *Corps thyroïde* (15 gr.). *Thymus* presque entièrement disparu. — *Poumon gauche* (195 gr.) sain. — *Poumon droit* (180 gr.), adhérences pleurales très résistantes dans le tiers inférieur; la plèvre est épaissie et rouge sur la paroi externe correspondant au lobe inférieur. — Pas de tubercules. — *Cœur* (110 gr.), normal. Un peu de liquide dans le péricarde dont l'aspect est naturel. —

Abdomen. — L'*estomac*, assez dilaté, contient un liquide noirâtre. — *Foie* (650 gr.), un peu dur à la coupe ; *vésicule biliaire* très petite. *Rate* (40 gr.); — *rein droit* (55 gr.); *rein gauche* (60 gr.) ; *capsule surrénale droite* (5 gr.) ; *capsle surrénale gauche* (4 gr.), aucune lésion macroscopique. — *Ganglions mésentériques* engorgés. — L'*appendice*, en position ascendante, mesure 12 cent. L'*intestin* ne présente pas d'ulcérations. — Les *organes génitaux* sont normaux.

Poids des organes.

Encéphale	995 gr.
Hémisphère cérébral droit	440 —
— — gauche	410 —
— cérébelleux droit	60 —
— — gauche	65 —
Bulbe et protubérance	20 —
Moelle épinière	37 —
Corps thyroïde	15 —
Thymus	2 —
Cœur	110 —
Poumon droit	180 —
— gauche	195 —
Foie	650 —
Rate	40 —
Capsule surrénale droite	5 —
— — gauche	4 —
Rein droit	55 —
— gauche	60 —

RÉFLEXIONS. — I. Relativement à l'*hérédité* et à l'*alcoolisme* nous n'avons rien d'important à relever.

II. L'*épilepsie* (et ses suites) paraît avoir, dans ce cas, pour origine une *maladie infectieuse*, la fièvre typhoïde qui a sévi à l'état épidémique dans la famille, frappant non seulement l'enfant, mais son père, sa mère, un de ses frères et une de ses sœurs et occasionnant trois décès. Jusqu'à sa maladie infectieuse, notre malade aurait été normal. La fièvre typhoïde, chez lui, aurait été grave, se serait accompagnée de troubles cérébraux avec perte de la connaissance, aurait déterminé un affaiblissement prolongé. Le *mal comitial* aurait débuté deux mois plus tard et se serait immédiatement constitué, les accès revenant une fois par semaine et devenant rapidement plus fréquents.

III. Au lieu de se développer, les facultés intellectuelles auraient peu à peu diminué à partir du début (3 ans et quelques mois) et surtout depuis deux ans (9 ans). A l'entrée, l'observation aurait pu se résumer ainsi : enfant normal jusqu'à 3 ans; fièvre typhoïde avec accidents cérébraux, d'où *sclérose* et *arrêt de développement des circonvolutions ;* — *épilepsie* déterminant une déchéance progressive de l'intelligence. De l'admission à la mort, la déchéance a continué de croître.

IV. La mort a été occasionnée par l'affaiblissement dû aux accès, compliqué d'*entérite* revenant à intervalles rapprochés. Cette diarrhée nerveuse (?) n'était liée à aucune lésion macroscopique de l'intestin.

V. Il ne nous reste plus qu'à rappeler l'*arrêt de développement des lobes frontaux,* la *sclérose des*

lobes occipitaux, l'*asymétrie* très remarquable des *circonvolutions cérébrales* à la fois sur les faces convexe et interne des deux hémisphères (PL. XIV, XV, XVI et XVII (1).

(1) Voir, en opposition à cette observation démontrant l'influence des maladies infectieuses, la thèse de M. Séglas intitulée : *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie*. Paris, 1881.

XII.

Idiotie complète congénitale ; amélioration considérable par le traitement médico-pédagogique ;

Par **BOURNEVILLE**.

Depuis l'origine de ces *Comptes-rendus* annuels jusqu'à ce jour, nous avons surtout publié, en outre des mémoires sur la thérapeutique, des observations anatomo-pathologiques afin de faire connaître les différentes lésions qui produisent les idioties. Nous serons moins exclusifs dans l'avenir et nous relaterons chaque année quelques observations démontrant d'une façon indiscutable les excellents résultats que l'on peut obtenir du *Traitement médico-pédagogique*, reposant sur la *Méthode physiologique*.

SOMMAIRE. — *Père eczémateux, nombreux excès de boisson. — Mère migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans. — Sœur morte de convulsions.*
Conception dans l'alcoolisme. — Albuminurie durant la grossesse. — Cris nocturnes et diurnes. — Premières dents à 6 mois. — Balancement du tronc. — Cognements de tête (Krouomanie). — Pas de convulsions (?).
A l'entrée marche et parole nulles. — Gâtisme. — Salacité — Préhension très imparfaite. — Accès de colère. — Ophtalmie. — Septembre 1884 : l'enfant sait marcher.
1885 : *Développement de la parole ; diminution du gâtisme, etc.*
1886 : *Disparition du gâtisme, diminution du balancement et des accès de colère, etc.*
1887-1890 : *Amélioration progressive avec des périodes de progrès et de paresse.*

1891 : *Description du malade. — 1892-1897 : Evolution physique et intellectuelle. — Progrès scolaires. — Apprentissage. — Résultats.*

Dup... (Marius), né à Paris le 30 juillet 1881, est entré dans notre service le 22 juillet 1884.

Antécédents *(Renseignements fournis par sa mère).* — PÈRE, 35 ans, coupeur-tailleur, grand, fort, caractère calme, fume quotidiennement 20 centimes de tabac, nombreux *excès de boisson*, surtout d'absinthe, jusqu'à onze par jour, court les femmes, rentre ivre presque tous les jours; n'aurait pas eu de convulsions de l'enfance, n'offrirait aucun accident nerveux, mais serait sujet à des poussées d'eczéma. Aucun indice de syphilis.

Famille du père. — Son *père,* paveur, sobre, a succombé à une maladie du cœur. — Sa *mère*, d'un caractère calme, es en bonne santé. — Nul renseignement sur ses *grands-parents paternels* et sur sa *grand'mère maternelle.* — Le *grand-père maternel* est mort à 84 ans des suites d'une chute. — Rien à mentionner dans le reste de la famille qui est peu nombreuse.

MÈRE, 33 ans, couturière, en bonne santé, physionomie régulière, peu nerveuse, pas de convulsions de l'enfance. — Réglée à 13 ans, mariée à 20 ans, *migraineuse* depuis l'âge de 9 ans. Ses migraines viennent avant ou après les règles, durent trois jours : céphalalgie, brouillard « au point que je ne distingue rien », étincelles, vomissements abondants, bilieux et aqueux qui terminent l'accès. Le mariage a augmenté les migraines, les grossesses et l'allaitement les ont suspendues : elles revenaient quand les règles réapparaissaient après le sevrage.

Famille de la mère. — Père, sobre, en bonne santé (1). — *Mère* morte de l'influenza. Nul détail sur les *grands-parents* des deux côtés. — Il n'y aurait eu aucun cas de maladies nerveuses dans le reste de la famille.

Pas de consanguinité. (Père et mère de Lille). — Inégalité d'âge de deux ans.

5 *enfants*: 1° garçon, 10 ans $^1/_2$, intelligent, pas de convulsions (2) ; — 2° fille morte à 14 mois après avoir eu des *con-*

(1) Mort en 1891 à l'âge de 77 ans, on ne sait de quoi : ni démence, ni paralysie.

(2) Marié, trois enfants intelligents (note de 1898).

vulsions pendant huit jours ; — 3° fille, sept ans, intelligente, pas de convulsions (1) ; — 4° notre malade ; — 5° fille, née en 1889, postérieurement aux premiers renseignements, intelligente, pas de convulsions.

Notre malade. — La mère de l'enfant est convaincue que la *conception* (2) a eu lieu pendant l'*ivresse alcoolique*. — *Grossesse* accompagnée d'œdème généralisé à partir du 5e mois dû à l'*albuminurie* (3) ; pas d'éclampsie, ni de syncope, etc. — *Accouchement* à terme, naturel, toutefois la tête serait restée 1/2 heure au passage ; présentation du sommet, eau amniotique en quantité considérable. — A la *naissance*, très fort, non asphyxié, pas de cordon autour du cou. Nourri au sein par sa mère jusqu'à 2 mois, puis élevé à la campagne, au biberon, avec du lait de vache. Repris par sa mère à 11 mois. Il ne marchait pas : « c'est ici qu'il a appris à marcher », n'était pas propre, mangeait tout ce qu'il trouvait à sa portée, du charbon, ses matières fécales. *Il poussait des cris nuit et jour*, d'où des plaintes incessantes des voisins, qui deux fois ont obligé les parents à déménager. — Il aurait eu ses deux premières dents à 6 mois. — A l'entrée la dentition n'était pas complète. — Balancement continuel du tronc d'avant en arrière ; cognements de tête contre le dossier de sa chaise, les murs, coups de poings sur la tête. — Ni grincements de dents, ni congestion de la face. Constipation habituelle. D.. est assez affectueux, aime qu'on l'embrasse. — Il mord ses frères et sœurs ou les autres enfants quand ils l'approchent. On ne sait pas s'il a eu des convulsions en nourrice. Il n'en aurait pas eu depuis son retour jusqu'à ce jour. Onanisme constaté dès son retour de nourrice : « il s'adonnait à ses mauvaises habitudes dès qu'il n'avait plus personne auprès de lui ».

Vacciné à 13 mois ; varioloïde légère à 2 ans ; aucune autre maladie infectieuse. — Nulle manifestation scrofuleuse. — Pas de traumatismes. Ni vers, ni onanisme. (La mère attribue la maladie à l'*alcoolisme* du père).

1884. Ici devrait figurer la *description* du malade à son entrée. Malheureusement, son observation, comprenant ses

---

(1) Mariée, maintenant, pas d'enfant.

(2) Les premières conceptions auraient eu lieu en dehors de l'alcoolisme les excès de boisson alors étaient moins fréquents. Sur les conseils d'un médecin, après notre malade, elle aurait refusé tout rapport quand son mari était ivre, d'où le bon état du dernier enfant.

(3) Elle aurait eu également de l'albuminurie à la 5e grossesse, mais pas aux 3 premières.

antécédents, que nous avons pu reconstituer, son état en 1884, les mensurations, le poids, la taille, et les notes médicales, a été perdue en 1890, de telle sorte que, durant cette période (1884-1890), il ne nous est resté que les notes recueillies à la petite école et que nous allons résumer.

2 juillet. — D... est gâteux. Il se tient mal à table, essaie de se servir de la cuiller, mange malproprement. Il est gourmand, non vorace, ne vole pas les aliments de ses camarades, boude quand il voit donner des friandises aux autres et non à lui. Il est méfiant, cache son pain dans la crainte qu'on ne le lui vole et entre dans une violente colère si un enfant est parvenu à s'en emparer. — Il est caressant, très timide, jaloux, entêté, boudeur, un peu sombre, rit rarement. Bien que faible, il aime à frapper, on a noté de fréquents *accès de colère* : se jette à terre, cogne sa tête contre les murs et les portes. Il balance le corps d'avant en arrière et plus on s'y oppose plus il se balance. — La *parole* est limitée aux mots : papa, maman, non, qu'il prononce assez distinctement. Il sait assez bien se faire comprendre quand il désire quelque chose. (*Fig.* 11).

Août-septembre. — Ophtalmie légère à deux reprises. — L'enfant, à présent, sait marcher.

1885. *Janvier-mars.* — Otite.

Août. — La *parole* se développe progressivement. D... est devenu de moins en moins gâteux et demande le plus souvent quand il a besoin. — Il a été possible, à la fin du mois, de le mettre en pantalon. — L'habitude du balancement tend à disparaître. Les accès de colère sont plus rares. Il est moins jaloux et joue indistinctement avec ses camarades.

1886. *Janvier.* — L'amélioration continue. D... est maintenant très attentif à l'école. En promenade, il s'intéresse à tout ce qu'il voit, demande des explications. Il fait bien tous les exercices de la petite gymnastique. Sa tenue est bonne.

Mars. — D... est devenu maintenant tout-à-fait propre. Il sait se laver, se déshabiller et s'habiller seul. Il se sert convenablement de la cuiller et de la fourchette, mais pas encore du couteau. Il est moins gourmand. La parole est parfaitement développée. Bien que, en classe, il soit encore très peu attentif et se dérange sans cesse de sa place, il est parvenu à connaître toutes les lettres, les couleurs, à placer quelques-unes des figures géométriques (cercle, ovale, carré), à compter sur le boulier jusqu'à 50 et à nommer la plupart des objets contenus dans les boîtes de leçons de choses. Il com-

mence à lacer, nouer, boutonner. Le balancement a disparu. D... aurait de la tendance à l'onanisme. On note encore des accès de colère durant lesquels il est très grossier.

Décembre. — État stationnaire. Mauvaise tenue en classe ; fréquentes colères dans lesquelles il injurie tout le monde, frappe ses petits camarades.

1887. *Mars.* — D... est plus calme, travaille mieux, compte jusqu'à 60. Ses connaissances usuelles augmentent. Il sait



Fig. 11. — Dup... à 3 ans (août 1884).

dire son âge, son nom, celui de ses parents, leur métier, leur adresse, etc. (*Fig.* 12).

1888. *Avril.* — L'amélioration continue. La tenue est meilleure. Il a appris le nom des étoffes, des surfaces, des solides, distingue les voyelles des consonnes. Il a été impossible d'obtenir qu'il trace des bâtons, même sur l'ardoise.

Décembre. — D... s'applique bien et prend goût à l'écriture,

1889. *Janvier-juin.* — Séjour à l'infirmerie pour des fissures anales.

Décembre. — Les connaissances usuelles ont notablement augmenté. D... commence à assembler les lettres, en trace quelques-unes sur le cahier (*Fig.* 13).

1890. *Décembre.* — D... se tient bien, n'est plus grossier et si, parfois, on est obligé de le réprimander, il reconnait ses



Fig. 12. — Dup... à 6 ans (août 1887).

torts, pleure et promet de ne pas récidiver. Il craint surtout qu'on signale à sa mère ses écarts de conduite. Il a une notion assez exacte du bien et du mal, n'est plus aussi jaloux et affectionne ses camarades. Il syllabe assez bien, fait de petites copies, des additions de nombres simples. Il répond nettement aux questions. — La marche, la course, le saut, la montée et la descente des escaliers s'exécutent facilement. L'enfant se sert de la fourchette et du couteau, mâche bien,

n'offre aucun trouble de la digestion. D... est ordonné, se donne seul tous les soins de toilette.

Organes génitaux. — Verge courte, peu volumineuse. Prépuce long, gland découvrable, méat normal. Testicules égaux, de la grosseur d'une olive.

1891. 21 *avril.* — **État actuel.** — Le visage de l'enfant a une coloration uniformément rosée. Les conjonctives et les lèvres sont colorées. Sous la peau on sent une couche de graisse



Fig. 13. — Dup... à 8 ans (août 1889).

assez abondante, sans qu'il y ait réellement adipose. La peau est glabre, sans cicatrices autres que celles du vaccin, sans éruption, sauf une légère desquamation eczémateuse. On trouve deux petits ganglions dans la région sous-maxillaire gauche ; rien ailleurs.

Le *crâne*, de volume et de forme normaux, est symétrique. Les bosses frontales et pariétales sont légèrement saillantes. La bosse occipitale est proéminente. Les cheveux d'un blond clair, assez abondants, fins, empiètent en avant sur la région

frontale. Le tourbillon postérieur est normal. — Le *front* est large, peu élevé.

Le *visage* régulièrement ovale, avec un léger abaissement de la commissure labiale et de la narine du côté droit, offre une expression plutôt intelligente ; elle est mobile et reflète les sentiments éprouvés par l'enfant. Les arcades sourcilières sont peu saillantes. Sourcils clairs, châtains, peu fournis, séparés par un intervalle de 15 millimètres. Paupières normales, cils longs, nombreux. Iris bleu foncé, pupilles égales, réagissant bien à la lumière. Aucun trouble fonctionnel, aucune lésion des yeux. Le champ visuel est naturel. D... connaît toutes les couleurs. — *Nez* petit, droit avec une ouverture prononcée des narines. *Odorat* normal. — Pommettes régulières, sans saillie exagérée. Sillons naso-labiaux à peine accusés. — *Bouche*, assez largement fendue, presque ouverte. Lèvres épaisses, un peu renversées. Langue normale. Voûte palatine fortement ogivale. Luette petite. Amygdales assez grosses. L'enfant est sujet aux amygdalites. Toutes ces parties semblent n'avoir qu'une sensibilité obtuse qui permet facilement et sans provoquer le réflexe nauséeux l'exploration du pharynx. — *Menton* arrondi, sans fossette. — *Oreilles* longues, épaisses, bien ourlées, fortement écartées du crâne, ayant une conformation assez particulière : les deux tiers supérieurs du pavillon forment avec le tiers supérieur un angle obtus, de sorte que la conque présente bien réellement la forme d'une conque profonde, presque hémisphérique (1). Le lobule est épais, régulier, nettement détaché. De temps en temps, l'oreille est le siège d'un érythème compliqué de tuméfaction.

Cou plutôt court, assez gros, 26 centimètres de circonférence. On sent assez distinctement les lobes latéraux du corps thyroïde.

Thorax et *abdomen*, rien de particulier. L'auscultation et la percussion sont négatives. Tout le corps est glabre. Les *organes génitaux* n'offrent pas de modification sensible par rapport à la note précédente.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont normaux, dans tous leurs segments. État ichthyosique de la peau des cuisses et des genoux.

La *sensibilité générale* est normale dans ses différents modes. Les réflexes sont physiologiques.

---

(1) Nous avons toujours soin de noter la configuration des oreilles. Nous aurons l'occation prochainement de résumer nos constatations et de représenter les malformations les plus intéressantes (*Oreille idiote*).

Traitement : application régulière de la méthode médico-pédagogique ; — antiscrofuleux en hiver ; — hydrothérapie chaque année du 1er avril au 1er novembre.

24 *avril*.— Sa mère trouvant son enfant très amélioré le prend en congé renouvelable (*mars*) et vient à la fin d'*avril* demander sa sortie que nous accordons à regret, craignant qu'il ne perde en partie ce que nous avons si laborieusement obtenu.

1892. 19 *mai*. — L'enfant étant devenu désagréable, désobéissant, répondeur, n'apprenant plus aussi bien à l'école où il a été envoyé depuis sa sortie et enfin pour qu'il n'assiste plus aux scènes entre son mari, toujours ivrogne, et elle, sa mère l'a placé à l'Asile clinique d'où il nous arrive aujourd'hui.

Juin. — L'évolution physique a continué. L'enfant est très craintif, très susceptible, n'aime pas les reproches et pleure dès qu'on le réprimande.

Lecture assez courante, sans expression. D... commence à faire de petites dictées sur les mots usuels. Depuis sa sortie, il a appris à connaître les nombres et à faire des additions, des soustractions, mais peu compliquées.

Traitement : École, gymnastique, hydrothérapie.

Juillet. — D... est très difficile à tenir en ce moment ; fait sans cesse de mauvaises niches à ses camarades, plante des aiguilles ou des clous dans les chaises ; au concert des frères Lionnet, il s'est amusé à piquer les petites filles placées devant lui avec des épingles. (*Fig.* 14).

Décembre. — L'enfant est très paresseux, refuse souvent de lire et de faire ses devoirs, ricane, si on le réprimande. Il exécute très bien tous les mouvements de la petite gymnastique. Envoyé à l'*atelier des tailleurs*, il paraît prendre goût au métier.

1893. *Avril.* — D... est devenu très raisonnable, travaille bien à l'école, n'aime pas rester inactif, ne ricane plus, son écriture devient meilleure ; il raisonne bien, sa tenue est soignée, même coquette ; il mange proprement, n'est plus gourmand, toutefois on a remarqué une tendance à boire le vin de ses camarades.

Juin. — D... est dans une mauvaise période, se moque de tout ce qu'on lui dit, est très obstiné, taquine ses camarades, déchire les cahiers, casse les porte-plumes, etc.. Sa tenue est mauvaise ; il fait du bruit le soir au dortoir. (*Fig.* 15).

Décembre. — Même état. Il cherche à fumer, ne veut rien faire, se moque de tout le monde, sa tenue est mauvaise, il faut l'obliger à se laver les mains, la figure, etc.

Aucun indice de *puberté*. Verge longueur et circonférence 5 cent. On ne sent pas le testicule gauche bien qu'autrefois on ait noté sa présence dans les bourses.

1894. *Décembre*. — Amélioration notable. D... lit très couramment, écrit convenablement, connait tous les objets usuels, leur usage, les couleurs, a la notion du temps. Il est docile,



Fig. 14. — Dup... à 11 ans (août 1892).

propre et soigneux, il travaille bien en classe, écoute attentivement les explications et comprend. A l'atelier, il continue à faire des progrès.

Septembre. — D... passe de la petite à la grande école.

1895. *Janvier-Juin*. — L'amélioration continue ; D.. commence à savoir la table de multiplication ; il est soigneux, se

conduit bien, est assez habile à la gymnastique. A l'atelier de couture, progrès sensible : il sait faire l'habillement complet et travaille à la machine. De temps en temps, périodes de paresse, est plutôt à l'atelier qu'à la classe. (*Fig.* 16).

Puberté: léger duvet sur la lèvre supérieure. Quelques poils au pénil. Verge : circonférence et longueur 6 cent. Testicules de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.



Fig. 15. — Dup... à 12 ans (juin 1893).

8 *juillet*. — Au dire du veilleur, D... aurait eu pendant la nuit, un *accès d'épilepsie*; il n'en avait jamais eu avant, il n'en a jamais eu depuis.

10 *juillet*. — Sommeil agité : cauchemars, paroles inintelligibles, menaçantes.

1896. *Janvier*. — Progrès assez sensibles en classe. L'en-

fant profite surtout des leçons de choses, auxquelles il s'intéresse beaucoup. De temps en temps, il se montre dissipé et joueur. Docile, poli et soigneux de sa personne et de ses vêtements jusqu'à la coquetterie. — Le maître tailleur est très content de lui, il travaille très bien à la machine. Va bien à la gymnastique et au chant.



Fig. 16. — Dup... à 13 ans et demi (janvier 1895).

Puberté: Duvet sur la lèvre supérieure et les joues, poils peu abondants au pénil. Le reste du corps est glabre. — Verge : longueur, 7 cent. ; circonférence, 8 cent. Poils rares, à l'anus. Même état des testicules.

Juin. — L'écriture loin de s'améliorer serait devenue moins bonne. On note, au contrarie, des progrès en calcul. D... *fait*

bien les quatre opérations, commence à faire des problèmes faciles. Les connaissances générales ont augmenté. Il est devenu un bon ouvrier tailleur (*Fig.* 17).

1897 *Janvier-juin.* — L'enfant préfère l'atelier à l'école, et



Fig. 17. — Dup... à 15 ans (juin 1896).

à tort pendant quelque temps, on l'a laissé tout le temps à l'atelier (*Fig.* 18).

Décembre. — Même état au point de vue scolaire ; caractère docile, conduite bonne, tenue et propreté satisfaisantes. Travaille très bien et assez vite à l'atelier, confectionne le

vêtement complet, se sert avec habileté de la machine, commence à couper.

Puberté. — Même état des lèvres et des joues. Poils assez longs, blonds sous les aisselles, formant une bande de 5 cent. sur 2. Le tronc, les membres supérieurs et inférieurs sont



Fig. 18. — Dup... à 16 ans (juin 1897).

glabres. Poils châtain-blond assez abondants sur le pénil et à la racine des bourses, qui sont pendantes et de niveau. Verge : longueur, 95 mm., circonférence, 90 mm. Le gland est en partie découvert. — Testicules de la grosseur d'un œuf de pie. Quelques poils au périnée et à l'anus. — Pas d'onanisme.

Les paupières droites sont moins largement ouvertes que les gauches d'environ un quart. Le malade dit qu'il voit moins bien de l'œil droit que du gauche, qu'il ne distingue les lettres un peu grosses que d'assez près.

Tableau du poids et de la taille.

	1890	1894		1895		1896		1897		1898
	Janv.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids.	25 k.	34.700	35.200	35 k.	37.800	39.800	44 k.	46 k.	51 k.	53.700
Taille.	1.22	1.39	1.42	1.42	1.50	1.53	1.58	1.61	1.66	1.69

Mesures de la tête.

	1891	1893	1894	1895		1896		1897		1898
	Janv.	Janv.	Janv.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonf. horiz. maxima..	50.2	50.2	50.2	52	52	52	52	52	52	54
Demi-circonf. bi-auricul..	33	33	33	33	33	33	33	34	33	34
Dist. de l'artic. occipito-atloïd. à la rac. du nez..	36	36	36	36	36	36	36	36	36	37
Diam. ant.-post. max....	17.5	17.8	17.8	18	18	18	18	19	19	19
— bi-auricul. —	11	12	12	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	13
— bi-périétal —	13.5	14	14	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14 5
— bi-temporal —	»	»	»	»	11	11	11	11.5	11.5	12
Hauteur méd. du front...	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6

RÉFLEXIONS. — I. Dans les *antécédents héréditaires,* nous avons à retenir l'*alcoolisme* invétéré du père, grand buveur d'absinthe et de conduite irrégulière, ce qui a motivé sa séparation d'avec sa femme et, du côté de celle-ci, des *migraines* périodiques parfaitement caractérisées. Sur ce point particulier, rappelons incidemment, comme nous avons soin de le faire dans nos observations, l'influence des gros-

sesses et de l'allaitement sur la suspension de ce genre d'accidents nerveux. Il y aurait là le sujet d'une thèse ou d'un mémoire qui ne manquerait pas d'intérêt. — Nous ne saurions affirmer que l'hérédité se borne aux faits qui précèdent, nos renseignements étant assez incomplets sur l'ensemble des deux familles.

II. Il est un point très intéressant de l'histoire de ce malade : c'est la *conception*, ici indubitable, *durant l'ivresse alcoolique*. C'est à cette circonstance que la mère attribue l'idiotie observée chez notre malade. Elle invoque d'ailleurs, à l'appui, le fait que, sur l'avis d'un médecin, ayant cessé d'avoir des rapports avec son mari quand il était ivre, son dernier enfant, malgré l'*alcoolisme chronique* du père, est sain d'esprit et de corps, et n'a pas eu de convulsions (1).

III. Dup... n'aurait jamais eu de convulsions, croit-on : la nourrice n'en aurait pas signalé et depuis son retour on n'en aurait pas constaté. L'idiotie parait *congénitale*. Elle était *complète :* à 3 ans, l'enfant ne marchait pas seul, gâtait, était salace, incapable de s'aider en quoi que ce soit pour s'habiller, se laver, etc. Il se balançait sans cesse, se cognait la tête, se masturbait, mordait ses frères et sœurs et les enfants qui l'approchaient. Enfin, la parole était nulle ou, pour être absolument exact, limitée à trois mots. Notons encore qu'il était sujet à des accès de colère et que, nuit et jour, il poussait des cris qui motivaient des plaintes des voisins et ont obligé les parents à déménager. Si nous insistons sur ce détail, c'est qu'il fournit un argument — avec beaucoup d'autres — en faveur de la nécessité de l'hospitalisation de cette

(1) Voir entre autres : *Compte rendu de Bicêtre* pour 1896, p. 205 à 225.

catégorie d'enfants anormaux qui constitue pour leur famille et pour les voisins un milieu infernal, et cela alors même qu'il n'y aurait pas possibilité d'une réelle amélioration.

IV. Or, tel n'a pas été le cas en ce qui concerne Dup... dont l'histoire nous fournit un exemple frappant d'une transformation telle que, vu son état à l'entrée, elle n'aurait pu être même soupçonnée par les personnes, médecins, pédagoques ou administrateurs, qui ne sont pas au courant de ce que peut réaliser le *traitement médico-pédagogique,* appliqué avec habileté et persévérance.

Tout d'abord, D.. a appris à marcher, à développer son système musculaire (exercices de la marche, du saut, de la montée et descente des escaliers, de la petite gymnastisque, etc.) ; — à devenir propre (surveillance et mise régulière sur le siège) ; — à manger, se déshabiller, s'habiller convenablement (éducation de la main et du sens du toucher) ; — à parler parfaitement (exercices de la prononciation et de la parole) ; — à lire, écrire, compter d'une manière passable ; — à avoir la notion des couleurs, des formes, du temps, etc. (exercices scolaires) ; — à acquérir toutes les connaissances usuelles (leçons de choses) ; — enfin à apprendre d'une façon très suffisante le métier de tailleur (enseignement professionnel).

Il est certain que si, heureux des résultats obtenus, et voyant que l'enfant préférait l'école à l'atelier, on s'était mieux conformé à nos prescriptions, on avait veillé avec plus de soin à sa présence réglementaire à l'école nous aurions obtenu, chez lui, une instruction primaire plus satisfaisante.

V. Au point de vue physique, son développement a été régulier, ainsi que cela ressort des tableaux du *poids*, de la *taille* et des *mensurations de la tête.* La

gymnastique qu'il fait bien, la danse, l'*hydrothérapie* et les médicaments reconstituants, employés exactement, y ont largement contribué.

VI. Lors de l'admission, le diagnostic était : *idiotie complète;* aujourd'hui on porterait le diagnostic : *arriération intellectuelle* ou *débilité mentale* légère, et seulement sous le rapport de l'instruction primaire parce que sous le rapport des connaissances usuelles, du travail manuel et de l'habileté physique, il se rapproche des enfants normaux, d'intelligence moyenne.

VII. La comparaison de l'écriture et des exercices scolaires ainsi que celle des *fig.* 11 à 18 permettent de vérifier l'exactitude des réflexions qui précèdent. Nombreux sont les cas analogues que nous pourrions publier dont quelques-uns seulement ont déjà été rapportés par nous ou consignés dans la thèse d'un de nos élèves (1). Ils démontrent que si, dans les cas d'*idiotie complète*, on peut obtenir une amélioration aussi considérable, on en obtiendra plus facilement de semblables ou de supérieures chez des enfants moins profondément frappés, ceux qui appartiennent à l'*imbécillité*, à l'*arriération intellectuelle*, à l'*imbécillité morale.*

Ce n'est pas uniquement dans notre service de Bicêtre que le *traitement médico-pédagogique* nous a procuré des succès aussi satisfaisants. Nous en avons chaque année d'aussi démonstratifs à l'*Institut médico-pédagogique* (à Vitry) où nous l'appliquons avec une rigoureuse exactitude (2). Et, puisque l'occasion s'en présente, rappelons que les chances de succès sont d'autant plus grandes que le traitement est commencé

(1) Griffault. — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie*, 1896.

(2) L'*Institut médico-pédagogique* reçoit les enfants des deux sexes atteints non seulement des différentes variétés d'idiotie et de maladies convulsives, mais aussi les enfants affectés des différentes espèces de *maladies nerveuses*.

plus tôt, — dès qu'on a constaté l'état anormal de l'enfant, dès 2 ou 3 ans — et que le traitement est suivi avec persistance. Ce n'est pas, en effet, en quelques semaines, en quelques mois qu'on a des changements importants : il faut des années. Les premières améliorations sont des conquêtes difficiles, — on le voit par l'histoire de Dup..., — mais celles-ci obtenues, on voit se succéder des améliorations de plus en plus satisfaisantes pour les médecins, les maîtres et les familles. A tous, il faut de la confiance, du temps et de la persévérance (1).

(1) *Modifications de la voix.* — 1896. *Janvier :* Étendue de 9 notes (ré au mi). Voix forte et juste (*Fig.* 19). En juillet, même état. — 1897. *Janvier :* Aucune
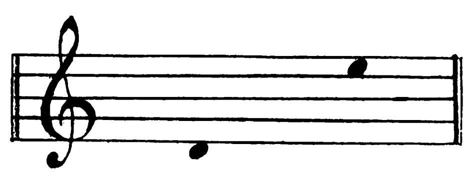


Fig. 19.

modification. — *Juillet :* Période de la mue ; l'enfant a perdu 5 notes dans l'aigu et a gagné une note dans le grave (do au sol). — 1898. *Janvier :* Étendue de la voix : 10 notes, fin de la période de la mue, gagne sur le semestre précédent 4 notes dans le grave et 2 dans l'aigu. — La voix est fausse (*Fig.* 20).



Fig. 20.

Travaux scientifiques faits dans le service.

(Thèses et mémoires).

1880.

LEROY (A.). — *De l'état de mal épileptique.* Thèse de Paris.

SÉGLAS (J.). — *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

BOURNEVILLE. — *Contribution à l'étude de l'idiotie. Contribution à l'étude de la démence épileptique.* (Mém. dans *Archives de neurologie,* 1880, p. 69 et 213).

1881.

RIDEL SAILLARD (G.). — *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais.)* Thèse de Paris.

D'OLIER (H.). — *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses, considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Mém. qui a obtenu le prix Esquirol. (*Annales médico-psycholog.*, sept. 1881) et tirage à part aux bureaux du *Progrès Médical).*

SADRAIN (G.). — *Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.* In-8° de 56p. Th. de Paris.

HUBLÉ (M.). — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie.* Thèse de Paris.

MORLOT (E.). — *Sur une forme grave de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

COULBAUT (G.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1882.

BRICON (L.). — *Du traitement de l'épilepsie* : Hydrothérapie. — Arsenicaux. — Magnétisme minéral. — Sels de pilocarpine. — Curare, etc. Thèse de Paris.

ROUX (G.-L.). — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* Thèse de Paris.

WUILLAMIER (Th.). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1887.

Mme SOLLIER (A.). — *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse de Paris.

1889.

CORNET (P.). — *Traitement de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

GOTTSCHALK (A.). — *Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1891.

SOLLIER (P.). — *Psychologie de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

RETROUVEY (A.). — *Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.*

1892.

TAQUET. — *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Thèse de Paris.

VIVIER (A.). — *Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

1893

NOIR. (J.). — *Étude sur les tics.* Thèse de Paris.

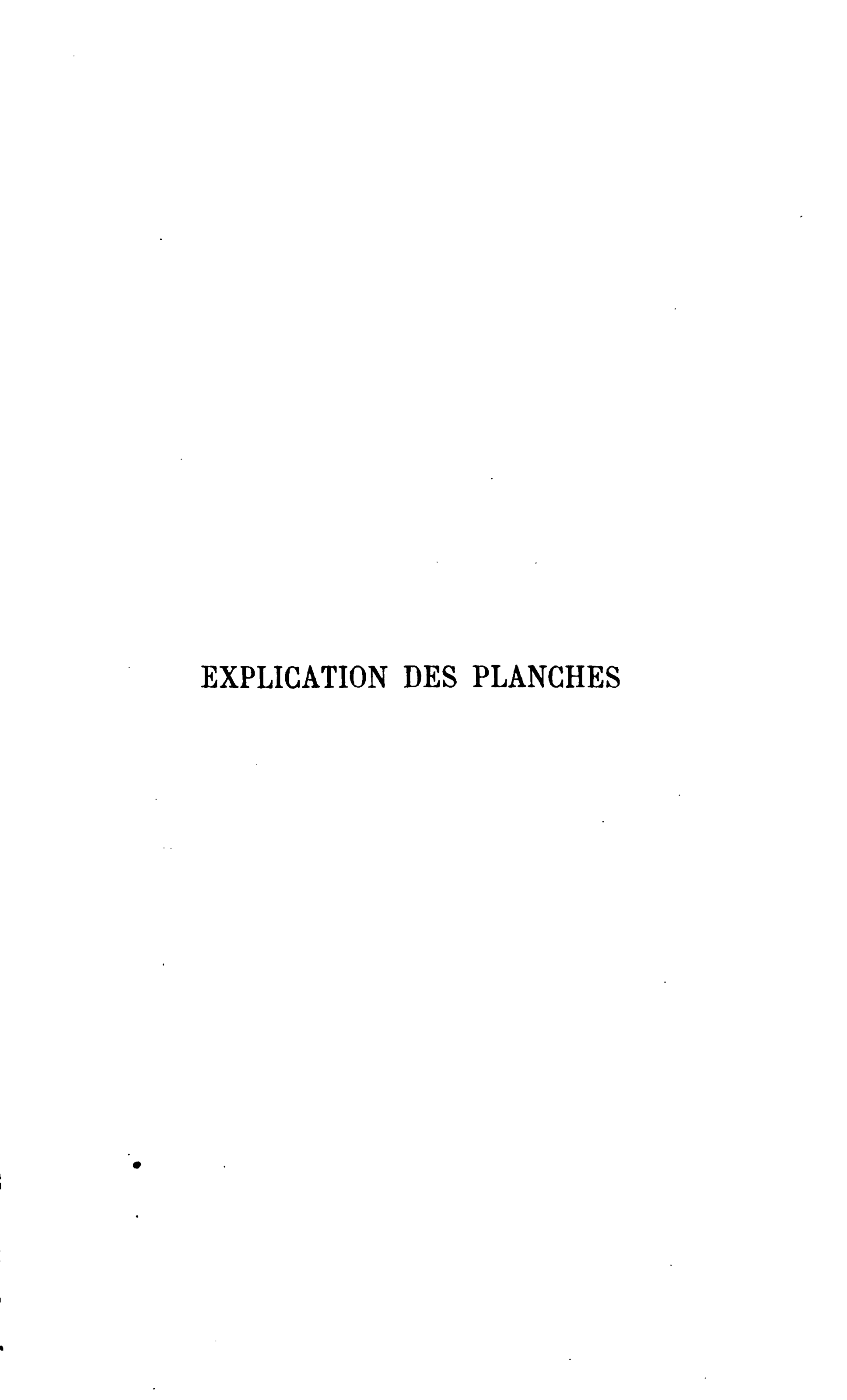
1895.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1896.

BOULLENGER (F.). — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.* Thèse de Paris.

GRIFFAULT (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* Thèse de Paris.



EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

PSEUDO-PORENCÉPHALIE UNILATÉRALE.

Face externe de l'hémisphère cérébral gauche (*p.* 49).

F^1, F^2, F^3, prmière, seconde et troisième circonvolutions cérébrales.

FA, frontale ascendante.

SR, sillon de Rolando.

PS, pli pariétal supérieur.

PI, pli pariétal inférieur.

LO, lobe occipital.

T^2, T^3, seconde et troisième circonvolutions temporales.

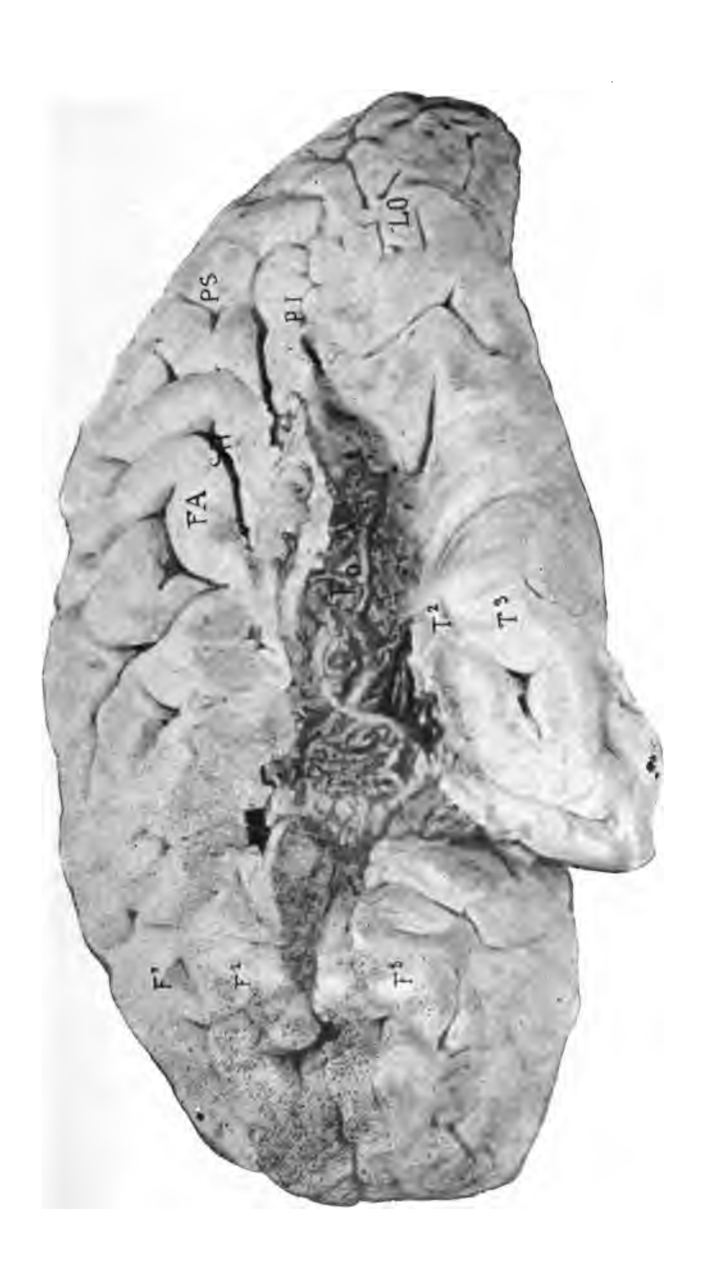

PS
PI
LO
FA

PLANCHE II.

PSEUDO-PORENCÉPHALIE BILATÉRALE.

Face convexe de l'hémisphère cérébral droit (p. 60).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions cérébrales.

FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
SR, sillon de Rolando.
PS, pli pariétal supérieur.
PI, pli pariétal inférieur.
Fo, foyer de pseudo-porencéphalie.
LO, lobe occipital.


F²
F³
F¹
FA
SR
PA
PS
PI
Fo
LO

PLANCHE III.

PSEUDO-PORENCÉPHALIE BILATÉRALE.

Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche (p. 61).

F^1, F^2, F^3, première seconde et troisième circonvolutions cérébrales.

FA, frontale ascendante.

PA, pariétale ascendante.

LP, lobe pariétal supérieur.

LO, lobe occipital.

Fo, foyer de pseudo-porencéphalie.

LT, lobe temporal.

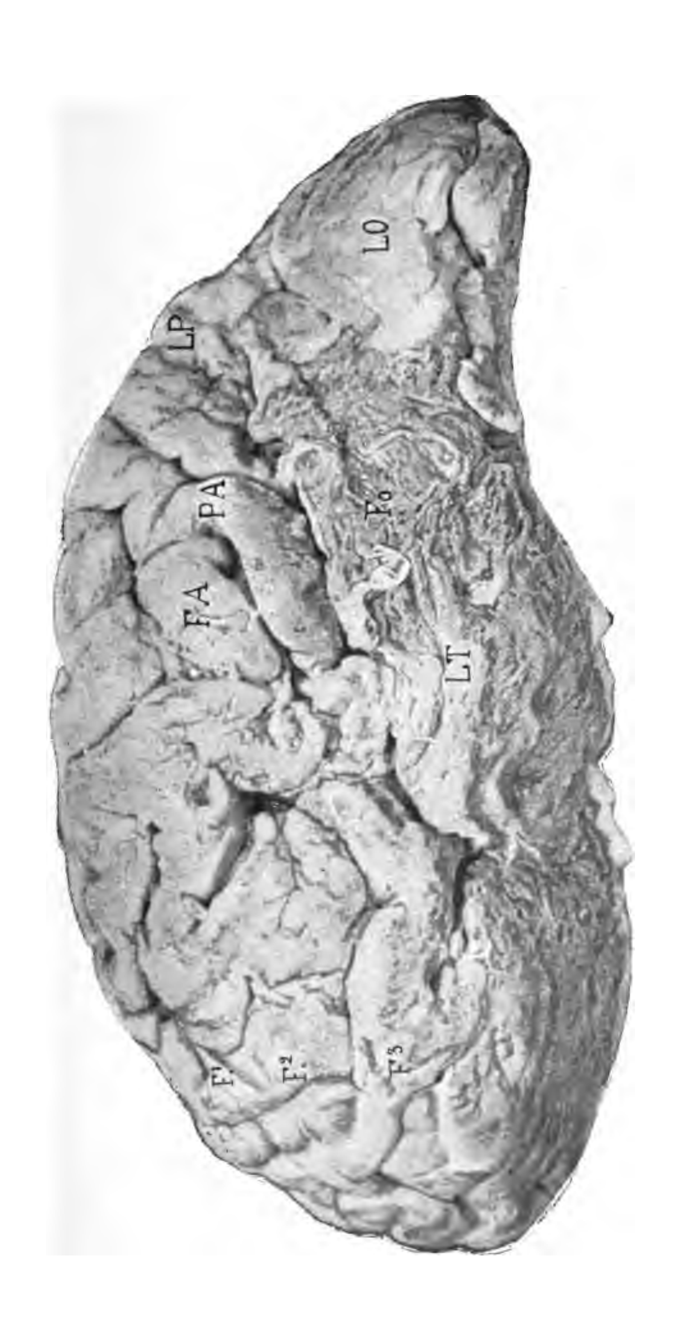

LO
LP
PA
PA
FA
Fo
LT
F^1
F^2
F^3

PLANCHE IV.

PORENCÉPHALIE VRAIE.

Face convexe de l'hémisphère cérébral droit (p. 60).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

LP, LP, lobule paracentral (?).

P^1, pariétale ascendante.

LO, lobe occipital.

T^1, T^2, première et seconde circonvolutions temporales.

INS, lobule de l'insula.

P^2, pli pariétal supérieur.

P^3, pli pariétal inférieur.

Légende de la fig. 1 (p. 72).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

FA, frontale ascendante.

LP, lobule paracentral.

PA, pariétale ascendante.

P^1, pli pariétal supérieur.

P^2, pli pariétal inférieur.

LO, lobe occipital.

T^1, T^2, première, seconde circonvolutions temporales.

INS, lobule de l'insula.



PLANCHE V.

PORENCÉPHALIE VRAIE.

Face interne de l'hémisphère cérébral droit (p. 70).

F^1, première circonvolution frontale.
LO, (en avant), lobe orbitaire,
CC, circonvolution du corps calleux.
LP, lobe paracentral.
LQ, lobe quadrilatère.
SPI scissure perpendiculaire interne.
LO, (en arrière), lobe occipital.
CH, circonvolutions de l'hipocampe.
TT, circonvolutions temporales.
P, coupe du pédoncule cérébral.
CO, couche optique.
NC, noyau coudé.
VL, ventricule latéral.


LP
LP
LP
CC
P
CO
NC
LH
LO

PLANCHE VI.

SCLÉROSE CÉRÉBRALE ATROPHIQUE.

Coupe du crâne (*p.*103)

Cette coupe du *crâne*, qui a la forme trigone, montre l'hypertrophie considérable des deux côtés de l'os frontal.



PLANCHE VII.

SCLÉROSE ATROPHIQUE DU LOBE FRONTAL DROIT.

Face interne de l'hémisphère cérébral droit (p. 122).

F^1, F^2, portions restantes des première et seconde circonvolutions frontales. F^3 est complètement détruite.

FA, ascendante.

SR, sillon de Rolando.

PA, pariétale ascendante.

P^1, pli pariétal supérieur.

P^2, pli pariétal inférieur.

T, T^2, T^3, circonvolutions temporales.


F^2
F.A.
S.R.
P.A.
P^2
T^1
T^1
T^2
T^3
P^1
O

PLANCHE VIII.

SCLÉROSE ATROPHIQUE DU LOBE FRONTAL DROIT.

Face interne de l'hèmisphère cérébral droit (p. 156).

F^1, première circonvolution frontale.
LF, lobe paracentral.
LQ, lobe quadrilatère.
CCC, circonvolutions du corps calleux.
CC'corps calleux.
CO, couche optique.
CH, circonvolution de l'hippocampe.
LO, lobe occipital.


LO.
LQ.
LF.
F'
CC
CCC
CO.
CH.

PLANCHE IX.

SCLÉROSE ATROPHIQUE du LOBE FRONTAL GAUCHE.

Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche (p.106).

FA, frontale ascendante.
SO, pariètal aecendante.
P^1, pli pariètal supèrieur.
P^2, qli pariètal infèrieur.
PC, plic ourbè.
LO, lobe occipital.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.

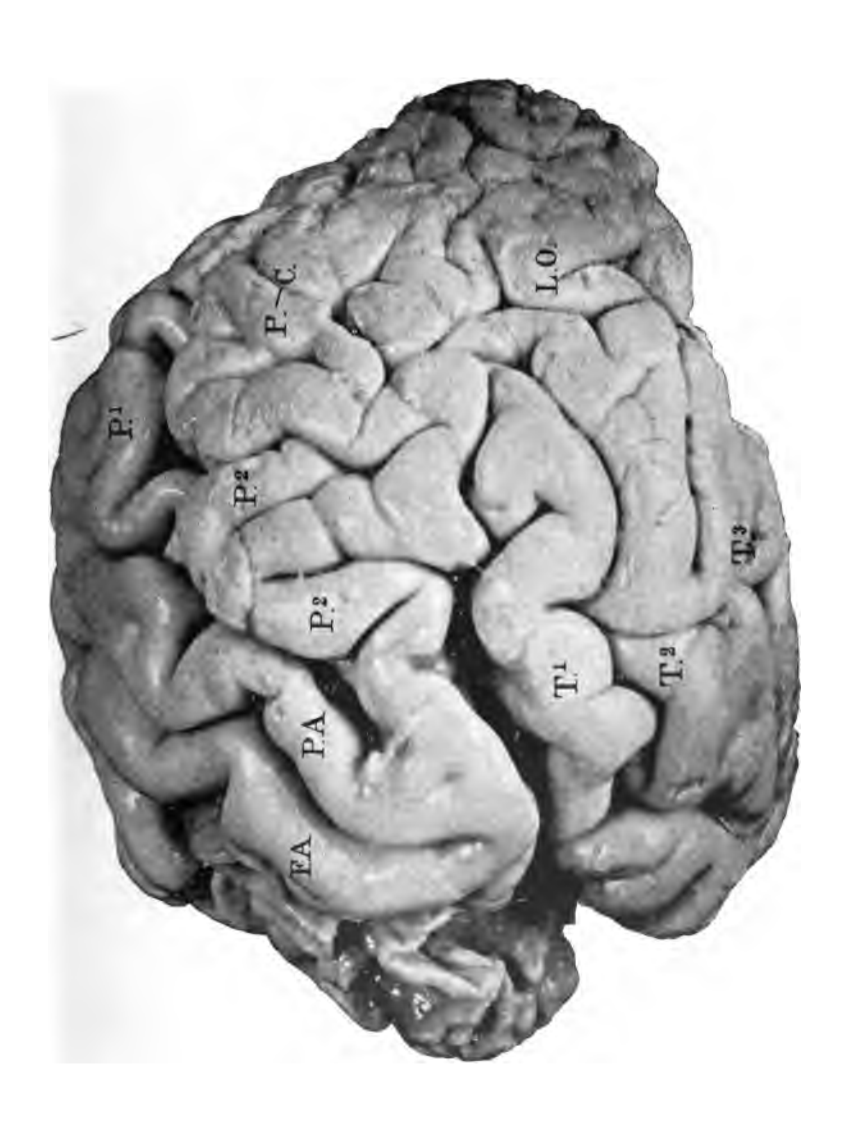

L.O.
P.-C.
P^1
P^2
P^2
T^3
T^2
T^1
PA
FA

PLANCHE X.

SCLÉROSE ATROPHIQUE DU LOBE FRONTAL GAUCHE.

Face interne de l'hémisphère cérébral gauche (p. 106).

F^1, première circonvolution frontale.
LP, lobe paracentral.
P^{re} (au lieu de LQ), lobe quadrilatère.
LO, lobe occipital.
CCC, circonvolution du corps calleux.
CC, corps calleux.
CO, couche optique.
CH, circonvolution de l'hippocampe.

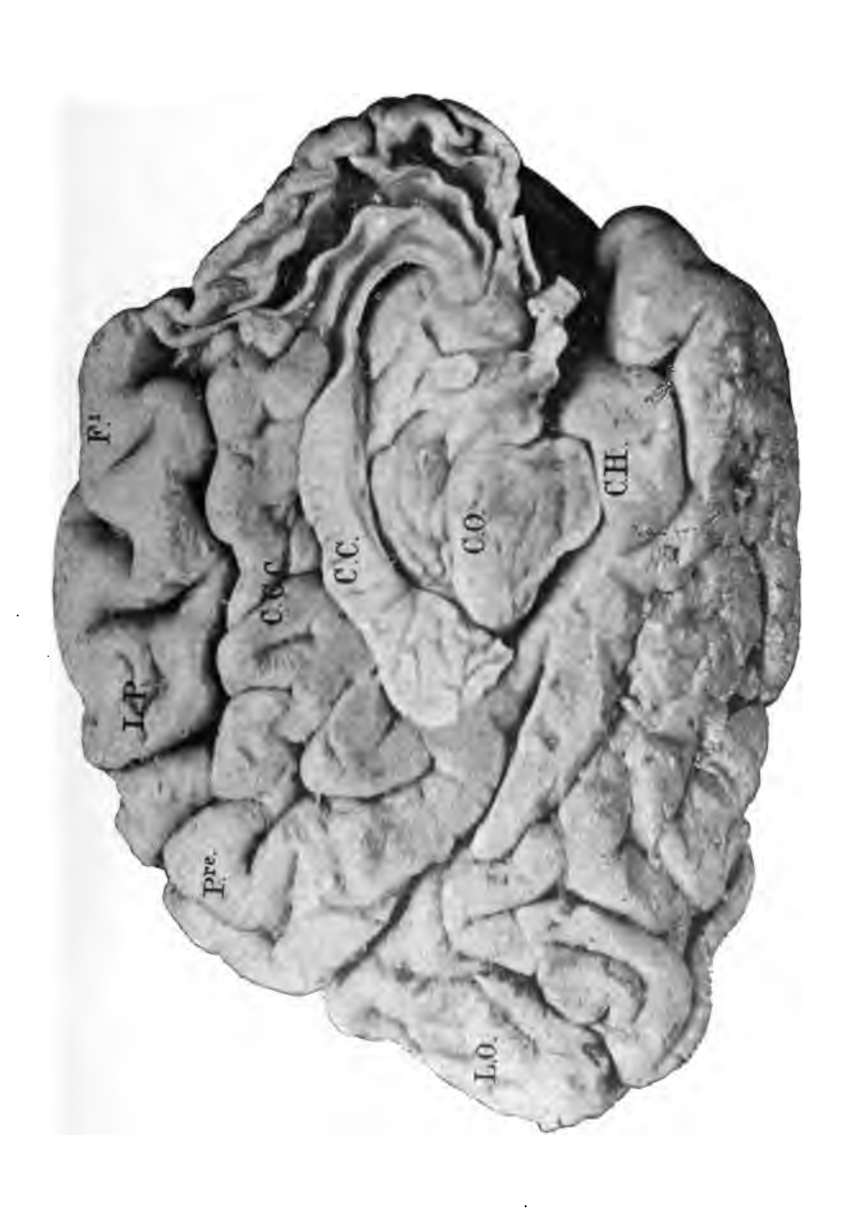

F¹
L.P.
C.G.C.
C.C.
C.O.
C.H.
Pre.
L.O.

PLANCHE XI.

HYDROCÉPHALIE.

Face convexe de l'hémisphère gauche (p. 120).



PLANCHE XII.

HYDROCÉPHALIE.

Face interne de l'hémisphère cérébral gauche (p. 120).

Cette planche montre d'une façon très nette la dilatation du ventricule gauche.



PLANCHE XIII.

HYDROCÉPHALIE.

Face interne de l'hémisphère droit (p. 120).

PLANCHE XIV.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU.

Face interne de l'hémisphère cérébral droit (p. 159).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
SR, sillon de Rolando.
PA, pariétale ascendante.
LPS, lobule pariétal supérieur.
LPI, lobule pariétal inférieur.
PC, pli courbe (atrophie prononcée).
O^1, O^2, O^3, circonvolutions occipitales.
SPE, scissure perpendiculaire externe.
Op P, opercule pariétal.
Op R, opercule rolandique.
Op F, opercule frontal.
SS, scissure de Sylvius.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.
Sp., scissure parallèle.



F^1
F^1
F^2
F^1
F^3
F^2
Cap
F^1
F^3
OpF
SS
T^1
T^2
FA
FA
F^1
SR
OpR
T^3
T^2
PA
T^1
Sp
PA
PA
SR
T^3
OpP
SS
T^2
PA
T^1
Sp
T^3
LPI
LPS
PC
O^1
O^2
O^3
PE

PLANCHE XV.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU.

Face interne de l'hémisphère droit (p. 159).

F^1, première circonvolution frontale.
GR, gyrus rectus.
p.f.l, pli fronto-limbique.
CCC, circonvolution du corps calleux.
CC, corps calleux.
NC, noyau caudé.
T, trigone.
COa, commissure antérieure.
Th, thalamus.
P, pédoncule cérébral.
CH, circonvolution de l'hippocampe.
T^3, troisième circonvolution temporale.
LP, lobe paracentral.
SR, sillon de Rolando.
AC, avant-coin ou lobe quadrilatère.
Ppe, scissure perpendiculaire externe.
C, coin.


Spe
C
AC
CCC
SP
LP
CC
T3
CH
P
Tr
Th
CC
coa
NC
CCC
CC
CCC
pFl
GR

PLANCHE XVI.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU.

Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche (p. 159).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

GR, gyrus rectus.

Cap, cap de la troisième circonvolution frontale.

Op F, opercule frontal.

FA, frontale ascendante.

SR, sillon de Rolando.

PA, pariétale ascendante.

Op P, opercule pariétal.

S S, scissure de Sylvius.

T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.

LPS, lobule pariétal supérieur.

LPI, lobule pariétal inférieur.

PC, pli courbe (atrophié).

O^1, O^2, O^3, circonvolutions occipitales.


O¹
O²
O³
LPS
LPI
T²
T³
SF
PA
T¹
OpP
FA
SR
PA
T¹
T²
T³
FA
F¹
T¹
T²
F²
F³
OpF
Cap
F²
F¹
F³
GR
F²
F¹

PLANCHE XVII.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU.

Face interne de l'hémisphère cérébral gauche (p. 159).

F^1, première circonvolution frontale.
GR, gyrus rectus.
CCC, circonvolution du corps calleux.
CC, corps calleux.
Coa, commissure antérieure.
pfl, pli fronto-limbique.
NC, noyau caudé.
Tr, trigone.
Th, thalamus ou couche optique.
Tm, tubercule mamillaire.
P, pédoncule.
CH, circonvolution de l'hippocampe.
T^3, troisième temporale.
SR, sillon de Rolando.
LP, lobe paracentral.
AC, avant-coin ou lobe quadrilatère.
SPE, scissure perpendiculaire externe.
C, coin.
SC, scissure calcarine.


F1
F1
GR
CC
pfl
F1
CCC
coa
NC
CC
Tm
T3
Tr
CCC
CH
SR
Th
CC
P
LP
T2
CCC
CH
AC
SC
SPE
C

PLANCHE XVIII.

SPÉCIMENS DE L'ÉCRITURE DE DUP... (p. 163).

Fig. 1. — **Premiers essais (novembre 1888).**
Fig. 2. — **Exercice scolaire (novembre 1892).**
Fig. 3. — **Exercice scolaire (janvier 1898).**

	3ème personne du singulien des termine
	la voitur
la	article simple masulin singulier à
	nons qui la voiture est des terminer
voiture	nom commoin masucinse sinfulier
	complimant di recque d traine

Fig. 3. — Exercice scolaire de janvier 1898.

PLANCHE XIX.

LEÇONS DE CHOSES : LES LIGNES ET LEURS APPLICATIONS.

(Voir p. XVIII).

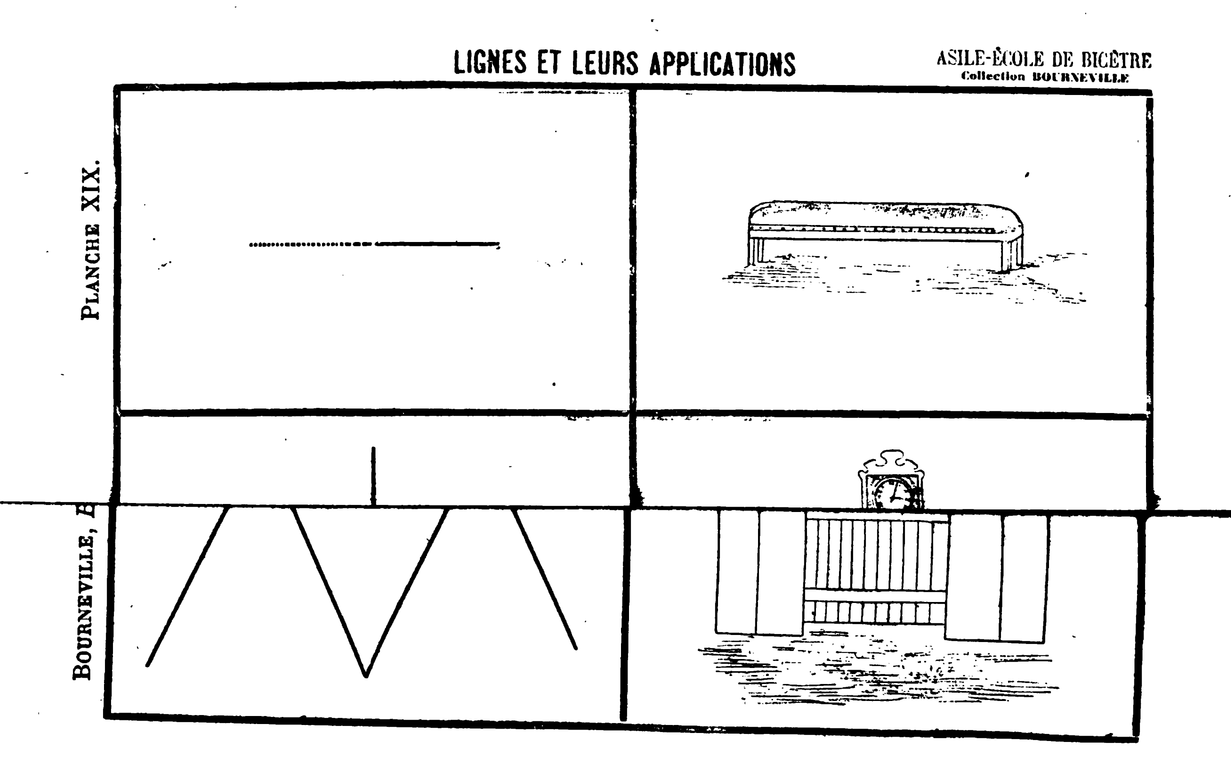

LIGNES ET LEURS APPLICATIONS
ASILE-ÉCOLE DE BICÊTRE
Collection BOURNEVILLE

PLANCHE XX.

LEÇONS DE CHOSES : LES LIGNES ET LEURS COMBINAISONS ; APPLICATIONS. (Voir p. XVIII).

BOURNEVILLE, B

PLANCHE XX.

LIGNES ET LEURS APPLICATIONS

ASILE-ÉCOLE DE BICÊTRE
Collection BOURNEVILLE

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1897.

SECTION I : **Bicêtre.**

SECTION II : **Fondation Vallée.**

SECTION III : **Patronage des aliénés et des enfants arriérés. — Asile d'aliénés de Montpellier. — V^e asile de la Seine.**

DEUXIÈME PARTIE

Clinique et anatomie pathologique.

N° 49. — Imp. des Enfants de Bicêtre. — 500 ex.



